

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**LA INTERVENCION TEMPRANA COMO UNA
ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

L I C E N C I A D O E N P S I C O L O G I A

P R E S E N T A

MARIA MAGDALENA VELAZQUEZ AVILES

COMISION DICTAMINADORA:

**LIC. GUADALUPE AGUILERA CASTRO
LIC. JUANA AVILA AGUILAR
MTRA. MA. ANTONIETA DORANTES GOMEZ**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICO EL PRESENTE TRABAJO

A MIS PADRES

DONDEQUIERA QUE SE ENCUENTREN

GRACIAS

*POR SU DEDICACIÓN Y POR SU INCONDICIONAL E
INMENSURABLE AMOR*

A TI PAPA:
POR TODAS TUS ENSEÑANZAS Y TU GRAN EJEMPLO

A TI MAMA:
POR DARME LA VIDA DOS VECES Y POR TU ENORME
CALIDAD HUMANA

POR SEGUIR CONMIGO, AUN DURANTE SU AUSENCIA

A MIS HERMANAS

GRACIAS POR RECIBIRME CON TANTO CARIÑO Y PERMITIRME SER SU HERMANA.

JUNTO CON SUS FAMILIAS HAN FORMADO EL PILAR QUE ME HA AYUDADO A SOSTENERME Y SU CARIÑO EL MOTOR QUE ME IMPULSA A SEGUIR ADELANTE. HAN SIDO SIEMPRE PARA MI UN MODELO, UN EJEMPLO A SEGUIR, CON UNA GRAN ADMIRACIÓN Y RESPETO PUEDO VERLAS COMO TRES MUJERES MUY VALIOSAS.

*ELO, GIL,
ALEJANDRA
JORGE*

*ESTHER, ENRIQUE,
QUIQUE, LALO
LIZ*

*LULU, ROBERTO
BETO*

MI FAMILIA,

MI MAYOR TESORO

LOS AMO.

HÉCTOR

GRACIAS POR SER Y ESTAR.

SOBRE TODO, POR COINCIDIR

TE AMO,

... COMO SIEMPRE.

BETY

*MAS QUE UNA AMIGA, MI COMPAÑERA, MI
CONFIDENTE, MI CONSEJERA, MI CÓMPLICE,*

MI COMADRE.

EL BRAZO FUERTE QUE ME HA APOYADO

EN MUCHAS SITUACIONES

GRACIAS POR ACOMPAÑARME EN ESTE CAMINO Y

SER TESTIGO DE ESTA HISTORIA.

TE QUIERO MUCHO.

A MIS COMPAÑEROS DEL CAM 9

MI OTRA FAMILIA, LA CUAL ME HA VISTO NACER,

CRECER Y DESARROLLARME COMO PROFESIONISTA

*Y SOBRE TODO COMO SER HUMANO.
GRACIAS POR SU APOYO, SU SOLIDARIDAD,
SU AMISTAD Y POR EL
VALIOSO APRENDIZAJE QUE ENTRE USTEDES
OBTENGO DIA CON DIA.*

A MIS ALUMNOS
*MIS NIÑOS ADORADOS, POR TODO LO QUE ME DAN EN
CADA MOMENTO AUN SIN DARSE CUENTA.
POR PERMITIRME
ENTRAR EN SUS VIDAS Y SER PARTÍCIPE DE SUS HISTORIAS
Y POR SER UNA PARTE FUNDAMENTAL Y VALIOSA
DE LA MIA*

*GRACIAS,
LOS AMO.*

A MIS ASESORAS

LUPITA AGUILERA

*TU PRESENCIA EN MI VIDA HA SIDO FUNDAMENTAL EN
VARIOS SENTIDOS. COMO MI MAESTRA PARTICIPASTE EN MI
FORMACIÓN, COMO MI DIRECTORA, ME HAS GUIADO CON
TU EJEMPLO Y TU FORTALEZA, ME HAS INCULCADO
VALORES, ETICA Y UN GRAN AMOR POR NUESTROS NIÑOS.
COMO MI ASESORA ME HAS IMPULSADO, APOYADO,
Y MOTIVADO A SEGUIR ADELANTE
Y LO MÁS IMPORTANTE,
COMO AMIGA ME HAS ENSEÑADO EL VALOR
INCONDICIONAL DE LA VERDADERA AMISTAD
EN SU MAS ALTA EXPRESIÓN.*

GRACIAS

TE QUIERO MUCHO.

TOÑITA DORANTES

*POR TU IMPORTANTE PARTICIPACIÓN, POR TU
DEDICACIÓN, TUS OBSERVACIONES, TUS CONSEJOS Y
SOBRE TODO POR ALENTARME A SEGUIR ADELANTE.*

ERES UNA PERSONA MUY VALIOSA

GRACIAS.

JUANITA AVILA

*POR TU SENCILLEZ, TU SOLIDARIDAD, TU GRAN CALIDAD
HUMANA Y POR TUS VALIOSAS OBSERVACIONES QUE ME
AYUDARON A ENRIQUECER MI TRABAJO*

GRACIAS.

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1 DESARROLLO DEL NIÑO	10
1.1. Diferentes Posturas Teóricas Sobre El Desarrollo Infantil.....	12
1.1.1. La Orientación Estímulo Respuesta.....	13
1.1.2. La Orientación Cognoscitiva-Interaccionista.....	15
1.1.3. La Orientación Psicosexual – Interaccionista.....	16
1.1.4. La Orientación Maduracionista.....	18
1.2. El Desarrollo del Niño Desde el Punto de Vista Psicogenético.....	20
1.2.1. Periodo Sensorio-Motor.....	25
1.2.2. Periodo Preoperacional.....	25
1.2.3. Periodo De Operaciones Concretas.....	26
1.2.4. Periodo De Operaciones Formales.....	26
CAPITULO 2 DESARROLLO DEL NIÑO EN CONDICIONES DE DISCAPACIDAD	28
2.1. Factores De Riesgo.....	30
2.1.1. Factores Prenatales.....	31
2.1.2. Factores Perinatales.....	32
2.1.3. Factores Postnatales.....	32
2.2. Tipos de Discapacidad.....	33
CAPITULO 3 INTERVENCIÓN TEMPRANA	54
3.1. Definición.....	55
3.2. Antecedentes.....	56
3.3. Bases Teóricas De La Estimulación Temprana.....	57
3.4. Intervención Temprana En Niños Con Discapacidad.....	61
CAPITULO 4 METODOLOGÍA	64
CAPITULO 5 RESULTADOS	91
CONCLUSIONES	134
BIBLIOGRAFÍA	137

RESUMEN

En el presente trabajo se abordan aspectos sobre el desarrollo infantil, se revisan diferentes teorías hasta llegar a la postura psicogenética donde Jean Piaget plantea que éste transcurre a lo largo de un proceso que abarca diferentes etapas. Con este punto de vista se realiza una investigación sobre su repercusión en el desarrollo curricular y en las estrategias para la educación infantil temprana.

En el caso de los niños con algún tipo de discapacidad que interfiera en su desarrollo de manera natural, presupone que siguen el mismo proceso de desarrollo que los niños en condiciones normales, por lo que resulta importante observar este proceso proporcionando las condiciones necesarias para favorecerlo.

Asimismo, se revisan de manera teórica los factores de riesgo que preceden a una posible discapacidad, además de describir los tipos de discapacidad más comunes.

Por último, se aborda el concepto de intervención temprana, sus antecedentes y su aplicación como medio de prevención a tres niveles, en este caso como una medida de prevención secundaria.

En la metodología vemos que este trabajo comprende la aplicación de programas de estimulación temprana encaminados a mejorar las condiciones en que se encuentra el niño desde el nacimiento y en los primeros cuatro años de su vida. Se trata de programas individuales que contemplan todas las áreas de desarrollo y son elaborados específicamente para cada uno de los doce sujetos en situación de riesgo o que ya presentan algún tipo de discapacidad.

Los resultados se analizan de manera cualitativa dando cuenta de la eficacia de la aplicación de esos programas, sin dejar de lado los factores en que se encuentra inmerso el sujeto, los cuales son de orden social, familiar, biológico, etc., a través de un análisis comparativo de la situación inicial y final de los niños durante el tratamiento.

INTRODUCCIÓN

La atención temprana a infantes tiene sus antecedentes a fines del siglo XIX cuando se iniciaron los programas preescolares, entonces la estrategia principal para tratar a los niños disminuidos era la institucionalización (Wolfensberger, 1969 citado en Bricker, 1991).

Conocer la evolución de los servicios impartidos a los niños de corta edad en otros países ayuda al entendimiento de los decretos actuales. Según Lazerson, 1972 (opcit.) las raíces históricas de la educación de la infancia temprana en Inglaterra se han desarrollado alrededor de tres temas principales. El primero se refiere a la escolaridad temprana como posible instrumento de cambio social. El segundo es el carácter único e importante del período del desarrollo temprano. El tercero se refiere a los programas para la infancia temprana considerados por algunos como un medio para retomar los métodos educativos rígidos y limitados que se encuentran gradualmente en las escuelas públicas.

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX se iniciaron los programas para niños que crecían en condiciones de pobreza. Robert Owen en Escocia, Friederich Froebel en Alemania, Margaret Mc Millan en Inglaterra y Montessori en Italia, iniciaron dichos programas debido a su preocupación por las condiciones de salud y los malos tratos dados a los niños de corta edad que vivían en la pobreza, con la finalidad de ofrecerles la oportunidad de prosperar física e intelectualmente.

En Estados Unidos la educación temprana y preescolar empezó a llamar la atención durante la década de 1920 con el surgimiento de jardines de niños constituyendo los primeros programas amplios para niños pequeños. Incorporaban sólidos componentes educativos y constituían centros para el adiestramiento de profesores y para la educación de los padres.

La teoría de la evolución causó impacto en el pensamiento de los primeros educadores. Se llegó a concebir al ser humano como un organismo que crece, se desarrolla y cambia. Entre las influencias importantes en la educación inicial en Estados Unidos se debe considerar la obra de Jean Piaget en Suiza y Francia en la década de los 20, así como los avances en Inglaterra, basados principalmente en las teorías de Piaget. Estas teorías se apoyan en la concepción evolucionista de las etapas del desarrollo humano. Su teoría del desarrollo intelectual y moral del ser humano ha llegado a ser, en los últimos años, tan importante e influyente en la educación como las teorías de Freud o Skinner, según señala Stevens (1997).

En la teoría de Skinner se concibe al individuo como un organismo pasivo, receptivo, cuya conducta es moldeada por su ambiente. Asume que cada persona nace con un repertorio de capacidades de respuesta y con la facultad de aprender.

Dentro del marco de referencia conductual, el aprendizaje implica un cambio observable en la conducta, algo que puede medirse. Los profesores especifican la conducta objetivo que habrá de adquirir el niño y diseñan una secuencia de habilidades mediante un análisis de los tipos de destrezas previas y las condiciones necesarias para ejecutar una tarea. En esta secuencia se especifican los pasos de aprendizaje que el niño debe seguir para pasar de un estado de ausencia de habilidad a otro de destreza completamente desarrollado (Allen, 1972, citado en Stevens, 1997).

Bajo esta orientación de aprendizaje basada en el análisis conductual de estímulo-respuesta se centra la acción en el maestro, el alumno suele ser pasivo e imita la conducta modelada por él.

En contraste con la orientación conductista se encuentra la teoría cognoscitiva, la cual ha evolucionado a partir de los trabajos de Jean Piaget. En

ella se considera al individuo como un organismo orientado hacia la acción, la investigación, la exploración y en continua adaptación.

El niño aprende por medio de la interacción del juego activo y espontáneo con el ambiente y las personas que le rodean. Se hace hincapié en el individuo como un estudiante activo y no como un organismo pasivo.

Piaget formula el desarrollo intelectual a través de una secuencia de etapas desde la infancia hasta la adultez. La primera la llamó Etapa Sensoriomotriz y se presenta desde el nacimiento hasta los dos años; la segunda Etapa Preoperacional de 2 a 7 años; la tercera Etapa Operacional Concreta de los 7 a los 11 años; y la cuarta Etapa Operacional Formal de los 11 a los 16 años.

Al referirse a los factores de transición en las etapas del desarrollo, Piaget toma una postura interaccional y postula la existencia de cuatro factores principales que explican dicha transición:

- 1) *La maduración*, tal como la entiende Gesell, es importante ya que el desarrollo es una continuación de la embriogénesis.
- 2) *La experiencia*, que proporciona el actuar sobre el ambiente físico y adquirir conocimiento de ello.
- 3) *La interacción social* que conlleva la transmisión en el amplio sentido de lenguaje y educación.
- 4) *La equilibración*, considerada por Piaget como la más importante que incluye a todas las demás y definida como la organización interior progresiva del conocimiento de un modo gradual.

Esta equilibración o autocontrol se explica dentro del marco general de la definición funcional de la inteligencia, para Piaget la inteligencia es un proceso de adaptación y organización.

La adaptación se ve como una equilibración en la interacción del organismo con su ambiente en donde intervienen dos procesos invariables: *la asimilación y la acomodación*.

La asimilación es la incorporación del ambiente a las pautas actuales de la conducta; y la acomodación es el cambio en las estructuras intelectuales (esquemas) que son necesarias para que el individuo se ajuste a las exigencias del ambiente. La equilibración implica una estabilidad entre estos dos procesos.

Por otra parte, la teoría Psicoanalítica de Sigmund Freud y la escuela neofreudiana representada principalmente por la obra de Erick Erikson y Anna Freud, caracteriza al individuo como un organismo que evoluciona a lo largo de etapas de naturaleza emocional y afectiva de la personalidad del individuo. Esta orientación se centra más en el área afectiva que en la cognoscitiva. Se considera que el niño atraviesa por varias etapas psicosexuales; Freud caracterizaba al individuo como un ser que nace con distintos impulsos y deseos básicos.

Erikson (citado en Stevens, 1997) ha interpretado la teoría de Freud y describe estos impulsos en función de ocho etapas que el niño experimenta. En las primeras cuatro etapas se centra la atención de quienes se avocan al trabajo con niños pequeños y son las siguientes:

- 1) Confianza –vs- desconfianza. Se presenta alrededor del primer años de vida y es congruente con la etapa del desarrollo oral según la teoría de Freud.

- 2) Autonomía –vs- vergüenza, en el segundo y tercer años, paralela a la etapa anal que anuncia Freud.
- 3) Iniciativa en contraste con culpabilidad, ocurre a los cuatro o cinco años, en la etapa genital de la teoría de psicoanálisis clásico.
- 4) Laboriosidad opuesta con la inferioridad, de los seis a los once años, ubicada como el período de latencia por Freud.

Por otra parte, la teoría Maduracionista de Arnold Gesell influyó en el currículo tradicional de las guarderías y jardines de niños de Estados Unidos durante las décadas que precedieron a la Segunda Guerra Mundial y durante ella.

En este enfoque se concibe al hombre como el producto de su herencia genética y en segundo término como el producto de su experiencia en el ambiente. Por lo tanto, se supone que cada niño nace con un conjunto de genes que guían su desarrollo y, dado el apropiado ambiente psicológico, físico y nutricional, alcanzará cada etapa del crecimiento y del desarrollo (Cowles, 1973 citado en Stevens, 1997).

En esencia, Gesell propuso un modelo embriológico para todos los aspectos del crecimiento humano: estructura, fisiología, conducta y psicología. Supone que en todas estas áreas intervienen factores endógenos y factores ambientales que apoyan, modulan y modifican las progresiones del desarrollo. En su descripción del desarrollo del niño desde el nacimiento, Gesell distingue etapas o estadios en los que ubica un perfil de comportamiento o de madurez y rasgos de madurez. El perfil de una etapa es una visión sintética del comportamiento total y los rasgos de madurez son una descripción analítica de los componentes de comportamiento específicos de esa etapa. El conjunto de dichos rasgos se halla dividido en cuatro esferas:

- 1) Conducta motriz, que comprende postura, locomoción y prensión.
- 2) Conducta adaptativa, se refiere a la capacidad de usar la coordinación motora con fines adaptativos y constructivos.
- 3) Lenguaje, estimado bajo en todas las formas de comunicación.
- 4) Conducta personal-social, que comprende todas las reacciones del niño ante las influencias ambientales y su capacidad de adaptación a las exigencias socioculturales.

Al abordar el tema de la importancia de la educación temprana, encontramos que investigaciones realizadas por Skeels y colaboradores en 1996 (citado en Bricker,1991) han demostrado que el crecimiento y el desarrollo del niño de corta edad dependen en parte, de su primer ambiente, con lo cual adquieren importancia el contexto y la disposición de los sucesos ocurridos durante los años de formación, así como los repertorios de los primeros años son susceptibles de cambiar las condiciones del ambiente que puede eliminar las deficiencias o déficit iniciales, además es en esta etapa cuando es posible detectar alteraciones que pueden obstaculizar el desarrollo del niño y también representa el período crucial para su tratamiento.

Otras investigaciones han demostrado que dichas alteraciones en el desarrollo infantil pueden vislumbrarse en tres momentos: en la Fase Prenatal, que corresponde al ambiente materno en que se encuentra antes del nacimiento; en la Fase Perinatal, que son las condiciones que rodean al nacimiento; o bien, en la Fase Postnatal que ocurre en los primeros momentos de la vida.

En cualquiera de estas fases pueden suceder eventos traumatizantes que lesionan el organismo y bloquean su desarrollo de manera normal dejando

secuelas en uno o en varios aspectos ocasionando diversos tipos de discapacidad en el niño.

La intervención temprana de infantes y niños en riesgo o disminuidos se ha convertido en un asunto de gran importancia en el Siglo XX. Los niños con problemas o con muchas posibilidades de desarrollarlos pueden dividirse en tres grupos:

- 1) Aquéllos que están en riesgo por razones ambientales
- 2) Los que lo están por razones médicas, y
- 3) Los disminuidos. (Bricker, 1991).

Actualmente se habla de tres niveles de intervención en el tratamiento de estos niños:

- 1) Prevención primaria. Cuando se trata de prevenir un problema específico.
- 2) Prevención secundaria. Cuando se trata el problema para evitar un daño potencial y, por último
- 3) Prevención terciaria. Es cuando se busca la habilitación del sujeto ya afectado por el daño.

Las alternativas para favorecer dicha intervención se ubican en el campo de la salud, la nutrición y la educación, sin restar importancia al plano familiar.

En la actualidad son innumerables las posibilidades de que un niño sufra alteraciones en su desarrollo. Existen varios factores de riesgo en que los infantes

pueden verse inmersos, por un lado, su constitución genética y biológica y, por otro el medio en que se encuentra.

Como se ha mencionado anteriormente, en nuestros días se cuenta con los medios para hacer que estos factores sean combatidos y se logre disminuir el grado de la afección sufrida por el menor o en el mejor de los casos, prevenir su aparición. Nos referimos en este punto a la implementación de programas de Intervención Temprana que, como ya se ha analizado, tienen por objetivo prevenir en diferentes niveles los daños que el niño pueda presentar en su desarrollo inicial.

El objetivo central del presente trabajo es prevenir la aparición de daños potenciales en el desarrollo de niños diagnosticados como de riesgo o con algún tipo de discapacidad, con la implementación de programas de Intervención Temprana, en este caso como una medida de prevención secundaria.

Estos programas contemplan todas las áreas del desarrollo infantil, partiendo de los conceptos manejados por Piaget.

CAPITULO 1

DESARROLLO DEL NIÑO

La psicología del desarrollo se ocupa de la descripción, explicación y modificación de cambios experimentados por un individuo a lo largo de su vida, y de las diferencias y similitudes que guardan los individuos con respecto a dichos cambios. Dicho de otra manera, los objetivos de la psicología del desarrollo consisten en descubrir las formas en que la conducta de un individuo cambia a lo largo de su vida, el porqué de dichas formas, cómo pueden alentarse los cambios deseables y cómo es posible evitar los indeseables. Los psicólogos del desarrollo también desean conocer cómo y por qué los individuos se diferencian en las formas en que cambian sus conductas y cómo estas diferencias pueden aprovecharse al máximo.

La mayoría de los psicólogos del desarrollo emplean tres conjuntos de principios para ofrecer una explicación con respecto a los datos manejados en su campo: 1. Los principios del crecimiento físico; 2. Los principios de maduración y 3. Los principios del aprendizaje.

Los principios del crecimiento físico dan razón en los cambios experimentados por los órganos y estructuras físicos, incluyendo cambios de forma, tamaño, número, posición y ubicación. El término maduración, tal como lo emplean los psicólogos del desarrollo, se refiere al desarrollo de reflejos, instintos y de otras conductas no aprendidas. Los principios del crecimiento físico y de la maduración son biológicos. La herencia ejerce estricto control sobre estos principios, algunas veces parece ejercer una influencia mayor que el medio ambiente.

Los principios del aprendizaje pueden definirse con tal amplitud que incluyan no sólo el condicionamiento y la extinción tradicionales, sino también los efectos

de la instrucción recibida en el salón de clases y otras influencias ambientales. Hoy en día la mayoría de los psicólogos adoptan una posición interaccionista, según este punto de vista, la herencia y el medio ambiente interactúan para producir el desarrollo.

Ausubel (1997), por su parte, define el estudio del desarrollo del niño como la rama del conocimiento que se ocupa de la naturaleza y la regulación de los cambios estructurales, funcionales y conductuales significativos que se manifiestan en los niños durante su crecimiento y maduración. De tal modo que el objetivo del estudio del desarrollo infantil no consiste solamente en el registro de las dimensiones físicas y las funciones corporales del niño, ni de su manera de comer, dormir, jugar, pensar, sentir y responder a otros en distintas edades, sino de la identificación de los pasos sucesivos entre un nivel de maduración y otro; en la explicación de cómo un nivel se va transformando en el siguiente, de los factores que facilitan o retardan su aparición, y de las uniformidades y diferencias que la caracterizan.

Por lo tanto, el concepto de desarrollo presupone que existe un cierto grado de continuidad entre las etapas sucesivas de un proceso de crecimiento y que las propiedades de las fases previas determinan en parte, la forma y la sustancia de las fases siguientes. En este sentido, se considera que las edades sucesivas representan los estadios progresivos en el nivel evolutivo de todo organismo.

Desde este punto de vista, las variables que determinan el cambio evolutivo se convierten en auténticos objetos de estudio sólo en la medida en que participen en el proceso evolutivo y no como fines en sí. Estas variables incluyen factores del medio ambiente y factores endógenos representados por las propiedades estructurales y funcionales básicas de los seres humanos.

Un aspecto relevante en este tema es la influencia de la interacción del organismo y el ambiente en el desarrollo del niño. El ambiente se considera una

variable sumamente importante que controla y regula el desarrollo, de aquí la importancia de referirse a su influencia sobre el organismo.

1.1 Diferentes Posturas Teóricas Sobre El Desarrollo Infantil.

En toda explicación del desarrollo humano existe implícita una teoría a partir de la cual se identifican los aspectos que originan o determinan dicho desarrollo, así como los elementos que lo constituyen.

Algunas de las teorías más conocidas que han trabajado el desarrollo infantil son: la teoría psicoanalítica de Freud, centrada en el aspecto sexual del desarrollo; la de Erikson, que además agrega los aspectos culturales que determinan el desarrollo de la personalidad; la de Vigotsky, que concede prioridad a la influencia social en el aprendizaje y el desarrollo; la de Piaget que afirma que el niño construye su conocimiento precisamente a través de la acción transformadora.

Además, las teorías conductistas, que no penetran tanto en el funcionamiento mental del individuo, sino que consideran los cambios o modificaciones de la conducta como producto de los estímulos de premios o castigos, cuyo fin es reforzar o extinguir las conductas deseables o las indeseables en el desarrollo del individuo. En ellas se aprecia el desarrollo en función de la cantidad de contenidos que puede aprender una persona, y ponen especial énfasis en la memorización, las mecanizaciones y las asociaciones, más que en la comprensión de lo aprendido (Vidales, 1997).

Otros autores como Stevens (1997) menciona que para revisar los distintos marcos de referencia generales de manera concisa se han clasificado en cuatro orientaciones o posiciones principales acerca de cómo tiene lugar el aprendizaje, el crecimiento y el desarrollo humano.

- a) La orientación estímulo-respuesta
- b) La orientación cognoscitiva-interaccionista
- c) La orientación psicosexual-interaccionista
- d) La orientación maduracionista.

1.1.1 La Orientación Estímulo Respuesta.

En la obra de B. F. Skinner (1959 citado en Stevens, 1997) se emplean los términos estímulo y respuesta que han llegado a convertirse en sinónimos del conductismo. Esta orientación sostiene que el individuo es un organismo pasivo, receptivo, cuya conducta es moldeada por su ambiente. Cada persona nace con un repertorio de capacidades de respuesta y con la facultad de aprender.

Dentro del marco de referencia conductual, el aprendizaje implica un cambio observable en la conducta, algo que puede medirse. El aprendizaje se produce cuando el niño se comporta de ciertas maneras, dadas determinadas circunstancias ambientales, se producen consecuencias específicas. La naturaleza y la duración de estas consecuencias determinan si el niño va a continuar manifestando tal o cual conducta. Si se presentan recompensas o consecuencias positivas de inmediato, el niño se comportará probablemente del mismo modo en situaciones análogas. Si ocurren situaciones adversas o nada distintivo, el niño no tenderá a repetir esa conducta. Los patrones de comportamiento complejos se construyen mediante la combinación de conductas más simples. Nuevamente, las consecuencias ambientales determinarán cuales combinaciones se mantienen en el repertorio conductual del niño (Stevens, 1997).

De lo anterior se concluye que la orientación estímulo-respuesta está profundamente arraigada a una concepción ambientalista del aprendizaje y los

educadores que basan sus programas en ella han afirmado que aquellas destrezas y actitudes necesarias para la competencia en nuestra cultura debieran ser el centro de atención de tales programas.

En vista de que dentro del marco de referencia conductual, el aprendizaje implica un cambio observable en la conducta, algo que puede medirse, los profesores especifican la conducta objetivo y diseñan una secuencia de habilidades mediante un análisis de los tipos de destrezas previas y condiciones que se necesitan para ejecutar una tarea.

Una de las ventajas de esta orientación es la claridad de los pasos en el proceso de enseñanza. El maestro asume una dirección específica para la organización de un ambiente que ayude a que el niño adquiera la conducta deseada.

Es responsabilidad del maestro que el niño aprenda; asimismo, si el niño no logra aprender, las condiciones para el aprendizaje deberán ser modificadas sistemáticamente.

La principal crítica a esta orientación es la interrogante acerca de la capacidad del niño para aplicar a nuevas situaciones y problemas las destrezas aprendidas de esta manera.

También se ha cuestionado si tales procedimientos pueden aplicarse tan eficazmente al aprendizaje de conceptos más complejos.

Los principios del análisis conductual, argumentan los conductistas, se podrán aplicar con sistematicidad y eficacia siempre que la conducta objetivo pueda definirse claramente.

1.1.2 La Orientación Cognoscitiva-Interaccionista

La orientación cognoscitiva-interaccionista ha evolucionado a partir de las teorías de Jean Piaget. A diferencia de la orientación conductista, del estímulo-respuesta, Piaget considera al individuo como un organismo orientado hacia la acción, la investigación, la exploración y en continua adaptación. Supone que el niño aprende por medio de la interacción del juego activo y espontáneo con el ambiente y las personas que le rodean.

Piaget explica el desarrollo cognoscitivo a lo largo de varias etapas a las que llamó: Etapa Sensoriomotora, Etapa Preoperacional, Etapa de Operaciones Concretas y Etapa de Operaciones Formales.

En esta orientación se concibe al niño como un experimentador activo, quien explora su ambiente seleccionando de éste los materiales y los asuntos que estimulen su interés; por su parte el maestro ayuda al niño facilitando la situación de aprendizaje.

En la actualidad esta orientación ha tenido mayor impacto en los programas para niños pequeños por lo que se considera necesario revisar sus fundamentos teóricos más adelante en un apartado específico.

1.1.3 La Orientación Psicosexual - Interaccionista

La teoría psicoanalítica de Sigmund Freud y la escuela neofreudiana, representada por la obra de Erick Erikson (1950) y Anna Freud (1965) caracteriza al individuo como un organismo que evoluciona a lo largo de etapas que destacan la naturaleza emocional y afectiva de la personalidad del individuo.

Esta orientación interaccionista se centra más en el área afectiva que en la cognoscitiva.

En ella se considera que el niño atraviesa por varias etapas psicosexuales para convertirse en un adulto maduro y racional.

Freud caracterizaba al individuo como un ser que nace con distintos impulsos y deseos básicos. A éstos los llama el **id**, impulsos que deben ser sometidos bajo control por el ego y conformarse a las restricciones de la sociedad, las cuales han de ser representadas dentro del individuo por el superego.

Freud parte del inconsciente y da especial importancia a las etapas psicosexuales por las que atraviesa el niño. En cada una de estas etapas se resalta el órgano o la función que proporciona especial placer e interés del niño, en un momento específico de su desarrollo.

La primera etapa es denominada **Oral** y se sitúa en el primer año de vida del niño, etapa en la que el placer bucal es dominante y se logra a través de la succión y la función nutritiva en general. La segunda etapa es la **Anal** y comprende de los dos a los tres años de vida del niño, en ella el interés del niño se centra en la defecación, también en esta etapa se adquiere el control de esfínteres, que serán especialmente importantes en el proceso evolutivo del niño. La tercera etapa es la **Fálica** y va de los tres a los seis o siete años de edad, en ella el interés se centra en los genitales, en esta etapa, según Freud, se crea el complejo de Edipo que luego involucrará negativamente si se reprimen los impulsos o positivamente, si se supera sin represiones y se permite al niño entrar sin problemas a la cuarta etapa llamada de **Latencia** que llega hasta la pubertad para entrar de lleno al período **Genital** y llegar hasta la edad adulta, de ahí que esta etapa se nombre como de latencia o genital.

Según la teoría psicoanalítica, es posible que el niño se quede fijado en alguna etapa y por ello no evolucionará adecuadamente, o bien, puede superarlas con ciertas dificultades y por ello tendrá problemas en algunas etapas de su vida juvenil y adulta. Esta teoría influyó mucho en Estados Unidos y en Europa en los

años treinta y cuarenta, cuando se pasó de una educación rígida a una más laxa y permisiva, que tenía miedo de causar traumas o complejos a los niños a causa de sus prácticas represivas (Vidales, 1997).

Sin abandonar totalmente la teoría psicoanalítica Erikson agrega un componente social y cultural que, según él, permite que el niño salga de la crisis de su desarrollo habiendo enriquecido positivamente su personalidad.

Erick Erikson ha reinterpretado la teoría de Freud en términos más aceptables para la vida contemporánea. Él describe estos impulsos en función de ocho etapas que el niño experimenta.

Las primeras cuatro etapas de la teoría de Erikson revisten mayor interés en el estudio del desarrollo infantil. Estas etapas se denominan de la siguiente manera:

- a) Confianza básica: en contraste con la desconfianza el primer año de vida, que es congruente con la etapa del desarrollo oral en términos freudianos clásicos.
- b) Autonomía: en contraste con la vergüenza y la incertidumbre, la cual abarca el segundo y tercer año de vida, paralela a la etapa anal de la teoría de Freud.
- c) Iniciativa: en contraste con la culpabilidad, la cual ocurre de los cuatro a los cinco años de edad, la etapa genital en el psicoanálisis clásico.
- d) Laboriosidad: en contraste con la inferioridad, de los seis a los once años de edad, clasificada como el período de latencia por la teoría freudiana clásica.

La postura de los programas de educación temprana que se basan en la orientación psicosexual-interaccionista, tendrán una gran inclinación hacia el

desarrollo socioemocional, centrándose en las actitudes, valores y manera de interactuar del niño con otros (Stevens, 1997).

La naturaleza del proceso de aprendizaje se concibe como la necesidad de ayudar al individuo a estar consciente de las situaciones conflictivas que encuentre y auxiliario para que descubra maneras eficaces de resolverlas. Se espera que el niño adquiera modos autónomos para interactuar con los demás y con su ambiente por medio del dominio de las situaciones problemáticas a que se enfrente. El maestro ayuda al niño a reconocer los problemas y dificultades que se presentan y a resolverlos de manera que apoyen el desarrollo óptimo del ego mediante el dominio del conocimiento y la autonomía.

La función del niño se caracteriza por la exploración activa y la actividad auto-dirigida, como en el modelo cognoscitivo-interaccionista.

1.1.4 La Orientación Maduracionista.

La orientación maduracionista, asociada con Arnold Gesell influyó en el currículo tradicional de las guarderías, los jardines de niños y las instituciones preescolares de Estados Unidos durante las décadas que precedieron a la Segunda Guerra Mundial y durante el transcurso de ésta.

El concepto conocido de “disposición madurativa” ha sido identificado con este modelo. En este enfoque se concibe al hombre como el producto de su herencia genética, y sólo secundariamente como el producto de su experiencia en el ambiente. El niño se convierte en adulto casi de la misma manera como una bellota se convierte en roble.

Se concibe que cada niño ha de nacer con un conjunto total de genes que guían su desarrollo. Dado el apropiado ambiente psicológico, físico y nutricional, el niño alcanzará cada etapa del crecimiento y del desarrollo conforme a un

programa predeterminado. Por consiguiente, las experiencias ambientales influyen sólo en:

- a) La relativa facilidad con que cada etapa del desarrollo se manifiesta y en la totalidad con que se expresa, y
- b) En la forma particular que adoptan los patrones de desarrollo más generales; por ejemplo, el patrón general que constituye el lenguaje podría particularizarse en forma del idioma inglés. La maduración psicológica es el principal mecanismo de desarrollo (Cowles, 1973, citado en Stevens, 1997).

Para Gesell (1985) el organismo humano es un complicado sistema de acción, por lo tanto, un diagnóstico evolutivo se avoca a cinco campos de conducta que son representativos de los diferentes aspectos del crecimiento. Estos cinco aspectos son: 1) conducta adaptativa, 2) conducta motriz gruesa, 3) conducta motriz fina, 4) conducta del lenguaje y 5) conducta personal-social.

LA CONDUCTA ADAPTATIVA se refiere a la organización de los estímulos, la percepción de relaciones, la descomposición de totalidades en sus partes componentes y la reintegración de éstas de un modo coherente. Se incluyen aquí las más delicadas adaptaciones sensoriomotrices ante objetos y situaciones: la coordinación de movimientos oculares y manuales para alcanzar y manipular objetos; la habilidad para utilizar con propiedad la dotación motriz en la solución de problemas prácticos, y la capacidad de realizar nuevas adaptaciones ante la presencia de problemas simples. El autor afirma que la conducta adaptativa es precursora de la futura “inteligencia” que utiliza la experiencia previa para la solución de nuevos problemas.

LA CONDUCTA MOTRIZ GRUESA comprende las reacciones posturales, el equilibrio de la cabeza, sentarse, pararse, gatear y caminar.

LA CONDUCTA MOTRIZ FINA consiste en el uso de manos y dedos para la aproximación, prensión y manipulación de un objeto.

LA CONDUCTA DEL LENGUAJE adquiere asimismo formas características que dan la clave de la organización del sistema nervioso central del niño. Se usa el término **lenguaje** en el sentido más amplio, abarcando toda forma de comunicación visible y audible, como son los gestos, movimientos posturales, vocalizaciones, palabras, frases u oraciones. Un aspecto importante de la conducta del lenguaje es que incluye la imitación y comprensión de lo que expresan otras personas.

LA CONDUCTA PERSONAL-SOCIAL se refiere a las reacciones personales del niño ante la cultura social en que vive. Estas reacciones son múltiples y variadas en función del ambiente.

1.2 El Desarrollo del Niño Desde el Punto de Vista Psicogenético.

El psicólogo suizo Jean Piaget ha contribuido notablemente al conocimiento de cómo los niños piensan, razonan y resuelven problemas. Durante casi 50 años Piaget dedicó su carrera a observar qué pueden hacer los niños y cómo los niños explican qué pueden hacer (y no hacer) en etapas sucesivas de su desarrollo intelectual. Piaget empezó observando la conducta de sus propios hijos a medida que éstos iban creciendo, planteándoles problemas, modificaba levemente la situación y luego observaba en que forma respondían. A diferencia de muchos psicólogos experimentales que estudian el procesamiento cognoscitivo de información en marcos de laboratorio y mediante complejos experimentos de los cuales extraer conclusiones sencillas, Piaget ha utilizado sencillas demostraciones experimentales de las cuales pueden extraerse complejas generalizaciones (Zimbardo, Philip, 1986).

Para Piaget el niño es un organismo en incesante intercambio funcional que el organismo realiza respondiendo a situaciones internas y externas, observa que éstos intercambios funcionales con el medio, es decir, el comportamiento, se realizan a base de esquemas de actividad. Los *esquemas* en Piaget son algo así como unidades ideales de la acción, Kaye (1982, citado en Perinat, 1998) los ha denominado los “ladrillos de construcción” de la psique. Son algo más que simples movimientos: son configuraciones típicas de cada organismo a través de las cuales se plasma ese intercambio funcional que constituye el comportamiento. Ejemplo son: la locomoción, la prensión, reacciones posturales defensivas, gestos, etc. Todos ellos son formas corporales peculiares. Por extensión, son también formas mentales: de percepción o de razonamiento.

Vidales, (1997) menciona que para Piaget lo más importante de la psicología reside en la comprensión de los mecanismos del desarrollo de la inteligencia. Según Piaget, los hombres recibimos dos tipos de herencia intelectual: una estructural y otra funcional.

La herencia estructural parte de las estructuras biológicas que determinan al individuo en su relación con el medio ambiente. Desde esta perspectiva todos tenemos la misma herencia estructural; en cambio nuestra herencia funcional es la que permitirá que se produzcan distintas estructuras mentales desde las más elementales hasta las más complejas. Este desarrollo se llama génesis, por eso la teoría que estudia el desarrollo de las estructuras mentales es denominada “psicología genética” y ésta se encarga de estudiar cómo se realiza el desarrollo de las estructuras mentales, cómo podemos propiciarlo y cómo estimularlo.

Dos de las funciones de nuestra herencia funcional más conocidas son la adaptación y la organización, llamadas *invariantes funcionales* porque no varían durante toda la vida ya que permanentemente tenemos que organizar nuestras estructuras para adaptarnos.

La adaptación está formada por dos movimientos: el de asimilación y el de acomodación. La asimilación es el resultado de incorporar el medio al organismo y es también el resultado de las luchas o cambios que el individuo tiene que hacer sobre el medio para incorporarlo.

El concepto de asimilación lo define por analogía con la asimilación digestiva: el organismo incorpora información del medio gracias a los esquemas. Como sabemos, la comida asimilada modifica al organismo, a esta modificación le llamamos acomodación, bien, pues psicológicamente ocurre lo mismo, lo asimilado modificará la inteligencia. Así, toda la vida nos estamos adaptando por medio de las funciones de asimilación y acomodación que se repetirán constantemente. En esto consiste, en esencia, el conocer.

Estos procesos gemelos de asimilación y acomodación operan simultáneamente para permitir que el niño alcance progresivamente estados superiores de equilibrio. En cada nivel superior de comprensión, el niño está dotado de una estructura más amplia o patrones de pensamiento más complejos (Labinowicz, 1980).

Piaget postula cuatro factores principales para explicar el desarrollo: 1) La maduración. 2) La interacción social, 3) La experiencia física y, 4) Equilibración.

- 1) La maduración, tal como la entiende Gesell, es importante, puesto que el desarrollo es una continuación de la embriogénesis (Ausubel, 1983). Cuantos más años tenga un niño, más probable es que tenga un mayor número de estructuras mentales que actúan en forma organizada. El sistema nervioso controla las capacidades disponibles en un momento dado, y no alcanza su madurez total sino hasta que el niño cumple 15 ó 16 años. La maduración de las habilidades motoras y perceptivas también se completa a esa edad (Labinowicz, 1980).

- 2) La interacción social concreta el desarrollo de las etapas por medio de la transmisión, en el amplio sentido de lenguaje y educación (Inhelder y Piaget, 1958 citado en Ausubel, 1983). Conforme crezcan las oportunidades que los niños tengan de actuar entre sí, con compañeros, padres o maestros, más puntos de vista escucharán. Esta experiencia los estimula a pensar utilizando diversas opiniones y les enseña a aproximarse a la objetividad. Un tipo de interacción así es también una fuente importante de información acerca de costumbres, nombres, etc., que constituyen el conocimiento social (Labinowicz, 1980).
- 3) La experiencia física, tanto en el sentido de actuar sobre los objetos y extraer algún conocimiento de ellos mediante abstracciones, como en el sentido contrario, en que el conocimiento no se extrae del objeto sino que deriva de las acciones efectuadas sobre él. Cuanta más experiencia tenga un niño con objetos físicos de su medio ambiente, más probable es que desarrolle un conocimiento apropiado de ellos. Un niño puede obtener conocimiento físico –identificar propiedades físicas- directamente a partir de la percepción de los objetos.
- 4) Equilibración (autocontrol), considerada por Piaget como la más importante, que incluye a todas las demás, y definida como la organización interior progresiva del conocimiento de un modo gradual. A fin de aclarar la noción de equilibración (autocontrol) es necesario considerarla dentro del marco general de la definición funcional, de la inteligencia de Piaget: la inteligencia es un proceso de adaptación y organización. La

adaptación se ve como un equilibrio en la interacción del organismo con su ambiente (Ausubel, 1983).

Tomados en forma individual, ni la maduración, ni la experiencia física o social pueden explicar el desarrollo intelectual. La equilibración es una combinación de estos factores y las interacciones entre ellos es lo que influye en este desarrollo. La equilibración es vista por Piaget como algo que ocupa un papel importante en la coordinación de estas interacciones (Labinowicz, 1980).

Una de las aportaciones más importantes de Piaget fue precisamente el estudio de los esquemas de acción que caracterizan a los diferentes estadios o etapas de desarrollo de los individuos. Los primeros esquemas son sólo perceptivos y motores; luego, al crecer, se van introyectando muchas acciones en forma de imágenes mentales; posteriormente podrá simbolizarlas, pudiendo recordar un movimiento o una acción y además podrá también traducirlos en lenguaje. Basándose en los patrones que había observado repetidamente en diferentes situaciones, Piaget clasificó los niveles de pensamiento infantil en cuatro períodos principales:

PERIODO	EDADES	CARACTERÍSTICAS
Sensoriomotriz	Del nacimiento hasta los 2 años	Coordinación de movimientos físicos, prerrepresentacional y preverbal.
Preoperatorio	De 2 a 7 años	Habilidad para representarse la acción mediante el pensamiento y el lenguaje, prelógico.
Operaciones concretas	De 7 a 11 años	Pensamiento lógico, pero limitado a la realidad física.
Operaciones formales	De 11 a 15 años	Pensamiento lógico, abstracto e ilimitado.

Fig. 1. Períodos del pensamiento infantil (Labinowicz, 1980)

1.2.1 Periodo Sensorio-Motor

Período de entrada sensorial y coordinación de acciones físicas (0-2 años).

A través de una búsqueda activa de estimulación el bebé combina reflejos primitivos dentro de patrones repetitivos de acción. Al nacer, el mundo del niño se reduce a sus acciones. Al terminar el primer año ha cambiado su concepción del mundo y reconoce la permanencia de los objetos cuando éstos se encuentran fuera de su propia percepción. Otros signos de inteligencia incluyen la iniciación de la conducta dirigida a un objetivo y la invención de nuevas soluciones. El niño no es capaz de representaciones internas (lo que usualmente consideramos como pensamiento), pero en la última parte de este período se refleja una especie de “lógica de acciones”. Como el niño no ha desarrollado el lenguaje este brote de inteligencia es preverbal.

1.2.2 Periodo Preoperacional.

Período del pensamiento representativo y prelógico (2-7 años).

En la transición a este período el niño descubre que algunas cosas pueden tomar el lugar de otras. El pensamiento infantil ya no está sujeto a acciones externas y se interioriza. Las representaciones internas proporcionan el vehículo de más movilidad para su creciente inteligencia. Las formas de representación internas que emergen simultáneamente al principio de este período son: la imitación, el juego simbólico, la imagen mental y un rápido desarrollo del lenguaje hablado. A pesar de tremendos adelantos en el funcionamiento simbólico, la habilidad infantil para pensar lógicamente está marcada con cierta inflexibilidad.

Entre las limitaciones propias de este período tenemos:

- a. Incapacidad de invertir mentalmente una acción física para regresar un objeto a su estado original (reversibilidad).
- b. Incapacidad de retener mentalmente cambios en dos dimensiones al mismo tiempo (centración).
- c. Incapacidad para tomar en cuenta otros puntos de vista (egocentrismo).

1.2.3 Período De Operaciones Concretas.

Período del pensamiento lógico concreto: número, clase, orden (7-11 años).

En esta etapa el niño se hace más capaz de mostrar el pensamiento lógico ante los objetos físicos. Una facultad recién adquirida de reversibilidad le permite invertir mentalmente una acción que antes sólo había llevado a cabo físicamente. El niño también es capaz de retener mentalmente dos o más variables cuando estudia los objetos y reconcilia datos aparentemente contradictorios. Se vuelve más sociocéntrico, cada vez más consciente de la opinión de otros. Estas nuevas capacidades mentales se demuestran por un rápido incremento en su habilidad para conservar ciertas propiedades de los objetos (número, cantidad) a través de los cambios de otras propiedades y para realizar una clasificación y ordenamiento de los objetos. Las operaciones matemáticas también surgen en este período. El niño se convierte en un ser cada vez más capaz de pensar en objetos físicamente ausentes que se apoyan en imágenes vivas de experiencias pasadas. Sin embargo, el pensamiento infantil está limitado a cosas concretas en lugar de ideas.

1.2.4 Periodo De Operaciones Formales.

Período del pensamiento lógico ilimitado (hipótesis, proposiciones) (11-15 años).

Este período se caracteriza por la habilidad para pensar más allá de la realidad concreta. La realidad es ahora sólo un subconjunto de las posibilidades para pensar. En la etapa anterior el niño desarrolló un número de relaciones en la interacción con materiales concretos; ahora puede pensar acerca de relación de relaciones y otras ideas abstractas; por ejemplo, proporciones y conceptos de segundo orden. El niño de pensamiento formal tiene la capacidad de manejar, a nivel lógico, enunciados verbales y proposiciones en vez de objetos concretos únicamente. Es capaz ahora de entender plenamente y apreciar las abstracciones simbólicas del álgebra y la crítica literaria, así como el uso de metáforas en la literatura. A menudo se ve involucrado en discusiones espontáneas sobre Filosofía, Religión y Moral en las que son abordados conceptos abstractos, tales como justicia y libertad.

CAPITULO 2

DESARROLLO DEL NIÑO EN CONDICIONES DE DISCAPACIDAD

A lo largo de la historia se han utilizado diferentes términos para referirse a las personas con alguna deficiencia física o sensorial o a quienes, en comparación con el grupo, presentan graves problemas de aprendizaje o de conducta. Algunos de estos términos han sido despectivos y peyorativos, por lo que, en fechas recientes, se han dejado de utilizar para dar lugar a otros que valoran más la condición de persona de estos individuos que su discapacidad (García y cols. 1997).

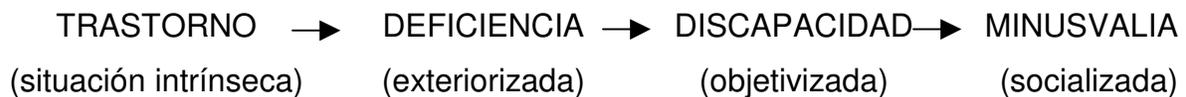
A continuación se presentan algunas definiciones que se manejan en la actualidad:

Definición de discapacidad: “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (OMS, citado en DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO DE EDUCACIÓN ESPECIAL 1989.).

Las discapacidades constituyen un segundo nivel de consecuencia de la enfermedad, derivado de las deficiencias como efecto y objetivación de éstas, que afecta al desenvolvimiento de la persona en su globalidad, para aquellas habilidades esenciales en la vida cotidiana.

La clasificación general ofrecida por la OMS incluye discapacidades de la conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, de situación y una determinada aptitud, quedando un sector adicional para otras restricciones de la actividad.

Con relación a la diversidad de definiciones y términos utilizados Verdugo (1995 citado en García y cols.1997) señala que la Organización Mundial de la Salud desarrolló una clasificación que pudiera ser utilizada por distintos grupos de profesionales, todos relacionados con la atención de las personas con discapacidad. Por lo que en 1980 publica un documento en el que se plantea una nueva aproximación conceptual y se habla de tres niveles diferentes: deficiencia, discapacidad y minusvalía. El significado de cada uno de estos niveles se puede observar en el siguiente esquema:



Se habla de deficiencia cuando hay una pérdida o anormalidad de alguna estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Es una discapacidad cuando, debido a la deficiencia, hay restricción o ausencia de ciertas capacidades necesarias para realizar alguna actividad dentro del margen que se considera “normal” para ser un humano. Se dice que es una minusvalía cuando, como consecuencia de la deficiencia y de la discapacidad existen limitaciones para desempeñar un determinado rol (el que se esperaría de acuerdo con su sexo, edad, factores sociales, etc.) y por lo tanto, se encuentra en una situación desventajosa.

Desde el punto de vista social, el significado de la discapacidad se ha abordado a partir de los tres componentes que conforman el concepto de actitud: cognitivo, afectivo y conductual, los cuales están muy relacionados, como se describe a continuación:

1. *El componente cognitivo de la actitud.* Es lo que se piensa que es la discapacidad, son las creencias o conceptos que pueden tener un sentido negativo o positivo: En el sentido negativo se caracteriza de manera rígida a

las personas que padecen la discapacidad. Se clasifica a las personas tomando una sola característica, generalmente físicas por lo que esta categorización se convierte en una etiqueta o estereotipo. En el sentido positivo, se toma en cuenta a la persona en su totalidad, sus características, sus posibilidades y sus limitaciones por lo que el significado de la discapacidad se relaciona con el respeto hacia la persona y con la tolerancia hacia aquello que sea diferente.

2. *El componente afectivo de la actitud.* Tiene que ver con la valoración que se hace de la discapacidad y con los sentimientos y afectos que se ligan a esa valoración. En el sentido negativo se describe a la persona solamente a partir de aquellos rasgos que tienen un tono negativo o de desventaja (el flojo, el burro, el sucio, el sordo, etc.) asumiendo una actitud hostil y de rechazo. En el sentido positivo existe aceptación y flexibilidad tomando en cuenta tanto las dificultades como las posibilidades.
3. *El componente conductual de la actitud.* Es la manera en que se dan las interacciones en las situaciones de intercambios específicos. En el sentido negativo existen actitudes de rechazo y discriminación hacia las personas que presentan la discapacidad. En el sentido positivo se reconocen las propias posibilidades y limitaciones y las de otros, favoreciendo las interacciones en condiciones de igualdad. Por otra parte, estimular la interacción entre personas con y sin discapacidad, posibilita otra manera de entender y evaluar la discapacidad, como se señala en los textos de Integración Educativa de la Secretaría de Educación Pública (2000).

2.1 Factores De Riesgo.

Los primeros años de vida son determinantes en el desarrollo del niño, es en esta etapa cuando es posible detectar alteraciones que pueden obstaculizarlo y también representa el período crucial para su tratamiento.

Numerosas investigaciones han demostrado que dichas alteraciones en el desarrollo infantil pueden vislumbrarse en tres momentos, en la fase prenatal, que corresponde al ambiente materno en que se encuentra antes del nacimiento, en la fase perinatal que son las condiciones que rodean al nacimiento, o bien, en la fase postnatal que ocurre en los primeros momentos de su vida. En cualquiera de estas fases pueden suceder eventos traumatizantes que lesionan el organismo y bloquean su desarrollo de manera normal dejando secuelas en alguno o en varios aspectos ocasionando diversos tipos de discapacidad en el niño.

2.1.1. Factores Prenatales.

Coronado (1984) menciona algunos elementos etiológicos de la deficiencia mental que obran durante la vida intrauterina afectando tanto a la madre como al producto interviniendo de la siguiente forma:

1. Por infecciones o parasitosis: durante los tres primeros meses del embarazo principalmente, algunas enfermedades virales como la rubéola, el sarampión, la parotiditis, etc., aun cuando sean asintomáticas pueden crear graves embriopatías. La sífilis es un factor frecuente de encefalopatías, la toxoplasmosis, que pocas veces se diagnostica produce graves daños cerebrales en el feto.
2. Por acción tóxica: puede tratarse de una intoxicación endógena (por ejemplo por diabetes) o exógena (por óxido de carbono, plomo o mercurio). Algunos investigadores afirman que la radioterapia puede causar daños cerebrales, así como cualquier uso inmoderado de medicamentos o drogas, sobre todo durante los primeros tres meses de la gestación.
3. Por acción traumática: los traumatismos intensos sobre el útero en general.

4. Por incompatibilidad sanguínea: generalmente se produce por la formación de anticuerpos maternos Anti Rh, aunque en un 4% de los casos puede tratarse de otro antígeno, como aglutininas Anti A en particular (Pierre Noel, citado en Coronado, 1984).
5. Por otras condiciones patógenas: albuminuria, eclampsia, etc. O trastornos metabólicos y endocrinos, la edad de la madre, y las tentativas de aborto. En esta etapa de la prenatalidad interviene notablemente el grado de desnutrición de la madre, la que repercute a su vez en la prematurez, en la gemelaridad y en el traumatismo del parto.

2.1.2. Factores Perinatales.

Aquí tienen un papel fundamental las circunstancias adversas que se presentan en el momento del nacimiento.

Los resultados básicos de la agresión obstétrica son la hipoxia y la hemorragia, que pueden combinarse a la vez para generar destrucciones neuronales; traducen signos de sufrimiento neonatal, es decir, de anomalías neurológicas, de trastornos de funciones vegetativas o de anomalías eléctricas, cuya existencia dañan la integridad cerebral. Es posible que ciertas hipoxias moderadas no dejen secuelas aparentes, pero podrían ser el origen de una lesión latente o de una debilidad moderada, y sin duda, puede ocasionar trastornos de conducta posteriores (Kopernik, citado en Coronado, 1984).

2.1.3. Factores Postnatales.

Estas se hacen presentes desde los primeros días del recién nacido hasta alrededor de los siete años de vida, y pueden ser infecciosas, tóxicas, traumáticas o ambientales.

Entre las primeras, la meningitis, la encefalitis, la meningoencefalitis de origen viral, o a consecuencia de una complicación neumónica y sobre todo si se trata de una neumonía crónica tuberculosa, o como resultado de una primoinfección por alguna de las fiebres eruptivas infantiles, o bien después de una grave tos ferina.

La influencia del ambiente está presente durante la actuación de todos los elementos causales, etapa por etapa, desde antes de la concepción hasta alrededor de los siete primeros años de vida del niño.

2.2 Tipos de Discapacidad.

Como ya se ha mencionado, existen innumerables factores que pueden provocar una discapacidad en cualquier momento del desarrollo infantil. Entre las discapacidades más frecuentes se encuentra la Discapacidad Intelectual, la cual ha tenido distintas connotaciones a lo largo de la historia, se le ha denominado Deficiencia mental, retardo mental, retraso mental, etc., como tales se han encontrado algunas definiciones que se presentan a continuación:

La American Association on Mental Retardation explica el retardo mental como las limitaciones sustanciales en el desenvolvimiento corriente, es decir, el retraso mental se define como una dificultad esencial para el aprendizaje y ejecución de algunas habilidades de la vida diaria, principalmente en el desarrollo de la inteligencia conceptual, la inteligencia práctica y la inteligencia social, mientras que otras áreas, como la de la salud y el temperamento, pueden no estar afectadas.

Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media. El coeficiente intelectual (CI) tiene una puntuación promedio de 70-75 aproximadamente o menor que se determina mediante la aplicación de pruebas de

inteligencia aplicadas individualmente que han sido diseñadas específicamente para evaluar el funcionamiento intelectual.

Las limitaciones intelectuales aparecen al mismo tiempo que las limitaciones en habilidades adaptativas.

Las habilidades de comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo, son indispensables para desenvolverse con éxito en la vida y frecuentemente están relacionadas con las necesidades de apoyo de las personas con retraso mental.

Coronado (1984) señala que un comité de expertos de las Naciones Unidas, en 1966, afirma que de los niños que nacen afectados por algún defecto genético, el 80% están, a su vez, afectados de algún tipo de enfermedad dominante, y consideran que de éstos, por lo menos el 50% están asociados a deficiencia mental.

Este autor señala que la deficiencia mental es un síndrome complejo cuyas causas actúan por sí solas por medio de mecanismos etiopatogénicos específicos, desde antes de la concepción y a través de los primeros siete años de vida, siendo la expresión de un daño o lesión cerebral a diversos niveles: macroscópico, microscópico y molecular (bioquímico); y asimismo, como resultado de un proceso de hipoevolución encefálica.

Las lesiones macroscópicas cerebrales, como es de suponer, abarcarán grandes áreas dañadas tanto en extensión como en profundidad, a consecuencia por ejemplo de un intenso traumatismo craneano o de una grave meningoencefalitis, siendo su resultado obviamente una deficiencia mental profunda.

En el caso de lesiones microscópicas o de orden bioquímico, la sutileza de las lesiones pueden producir una patología discreta -un síndrome de subnormalidad-, o profundos cambios biosomatopsíquicos – como el tipo del Síndrome de Down o el de la fenilcetonuria – y tanto en aquéllas como en estas últimas, se observan una diversidad de lesiones cerebrales.

Cuando se trata de una hipoevolución cerebral, en algunos casos de una deficiencia mental por prematuridad, por ejemplo, aquí no hay una lesión encefálica propiamente dicha, sino que el encéfalo no ha alcanzado su total madurez.

LESIONES MACROSCOPICAS. Los cambios macroscópicos que sufre el cerebro se refieren también a su tamaño y peso, el que generalmente es menor en los deficientes mentales, y sufren además cambios muy notables en este sentido y en su desarrollo.

La microcefalia o cerebro pequeño, se presenta en el 12% de los deficientes mentales del sexo masculino y en un 5 a 20% en los del sexo femenino, y los de tamaño grande (macrogiro), en realidad se caracterizan por ausencia solamente de las cisuras normales y la presencia en el niño de una arquitectura embrionaria, a veces este tipo embrionario está limitado a los lóbulos frontales atrofiando esta parte del cerebro (microgiro), y otras, un lóbulo o un hemisferio están afectados por lesiones esclerosas y entonces esta porción es menor que la del lado opuesto. Es frecuente el aumento del tamaño del sistema ventricular con o sin atrofia cortical (porencefalia), y por último, puede haber una falta de las formaciones corticales y subcorticales de los hemisferios cerebrales o supralímbicos (esquizoencefalia), que se acompaña por consiguiente de una falta absoluta de la capacidad intelectual.

LESIONES MICROSCÓPICAS Y BIOQUÍMICAS. Microscópicamente se observa en el tejido, tanto en la sustancia gris como en la blanca, o sea, en los cuerpos neuronales, en sus ramificaciones y en la neuroglia, daños estructurales

de formas embrionarias y atróficas, inflamatorias antiguas o degenerativas, hipoplasias o aplasias, esclerosis, ausencias neuronales, defectos de desmielinización e hipodesarrollo, desgarros vasculares, etc. Y los más diversos y complicados disturbios bioquímicos del metabolismo. Hay que hacer notar que el daño cerebral en la deficiencia mental se centraliza en la estructura fisicoquímica y funcional de las neuronas, abarcando el daño amplias zonas en forma difusa, en mayor o menor intensidad, pero globalmente.

OTRAS LESIONES ANATOMOPATOLÓGICAS. Existen malformaciones somatofuncionales en el sistema óseomuscular, con trastornos morfológicos corporales y del cráneo en particular, de las más diversas formas y tipos, como en las trisomías, entre ellas el conocido Síndrome de Down, con sus rasgos faciales típicos y sus trastornos musculoesqueléticos, sus anormalidades viscerales acompañadas a veces de cardiopatías, en el Síndrome de Apert con su acroencefalosindactilia, en la enfermedad de Crouzon con su disostosis craneofacial, su asimetría del rostro y sus lesiones oculares, en el Síndrome de Cornelia Lange que se acompaña de microcefalia y anomalías faciales; en la parálisis cerebral infantil (PCI) con su cuadriplejía, rigidez generalizada, displejía espástica, su atetosis y ataxia, por mencionar algunos casos.

Diversas lesiones endoendocrinas se presentan en algunas formas clínicas de la deficiencia mental, como el Hipotiroidismo congénito o Cretinismo por anormalidades estructurales de la glándula tiroidea y con disminución de su funcionamiento hormonal, por ejemplo, en el síndrome de Turner hay un desarrollo infantil de la matriz y de las glándulas mamarias con amenorrea y disfunción ovárica y, por consiguiente, con trastornos sexuales secundarios; y en el síndrome de Prader-Willi existen anormalidades estructurales de orden genital con hipogonadismo y obesidad.

En relación con el daño cerebral, el Doctor Bernaldo de Quirós señala que en los deficientes mentales existen cambios estructurales y bioquímicos del cerebro

que afectan los intrincados mecanismos de las interrelaciones neuronales (Coronado, 1984) y, según la sintomatología de los problemas emocionales, hiperquinéticos y conductuales, el daño cerebral se extiende a otras áreas, a las zonas mesencefálicas a nivel límbico, comprometiendo hipotálamo, amígdala cerebral, hipocampo, etc. En los estados convulsivos, la Epilepsia es el testimonio de un proceso degenerativo cerebral y debe tenerse en cuenta que las corrientes convulsivas no son patrimonio de la zona motriz del cerebro, ya que se ha demostrado su frecuencia en todas las zonas de la corteza e incluso en las formaciones subcorticales.

En cuanto al síndrome de Disfunción Cerebral Mínima, se ha comprobado que en éste, las modificaciones que sufre el sistema nervioso central se deben a mecanismos anatómicos y fisiopatológicos específicos de procesos madurativos, los que no producen lesiones de orden irreversible ni permanente, como las ocasionadas por un daño cerebral.

A continuación se abordan de manera específica las discapacidades que con mayor frecuencia se presentan en nuestra población.

Entre aquellas afecciones que tienen como causa alguna aberración cromosómica bien definida, encontramos las trisomías. La trisomía 21 que produce el Síndrome de Down es en la actualidad de las más estudiadas.

Síndrome De Down.

La anomalía cromosómica que causa el Síndrome de Down fue descubierta a mediados del siglo pasado. Este síndrome fue llamado originariamente mongolismo, ya que los rasgos faciales característicos de las personas con este trastorno parecían recordar a los mongoles. En la actualidad, esa palabra es considerada de mal uso, ya que está cargada socialmente con

valores de signo negativo. Junto con ella se intenta dejar de usar unos conceptos y unas costumbres que han marginado a las personas que lo portan.

Tradicionalmente, en efecto, las sociedades las consideraban inferiores, evadiendo sus derechos y pasando por alto su dignidad humana, tan valiosa como la de cualquier otra persona.

Con el avance del conocimiento acerca de la verdad científica que explica esta alteración y el aporte de la salud mental y de las ciencias sociales, la comprensión comunitaria fue creciendo, hasta alcanzar en la actualidad y en algunas sociedades un aceptable tratamiento de la problemática. Una extensa red de organismos gubernamentales y de asociaciones civiles se han abocado a la tarea de brindar atención no sólo a las personas con Síndrome de Down, sino a las familias a las que pertenecen. Ellas encuentran hoy la posibilidad de recibir apoyo y asesoramiento desde el momento mismo en que es diagnosticado. Ya que puede diagnosticarse prenatalmente por amniocentesis, un examen que se realiza mediante una punción durante el embarazo, este apoyo puede ser realmente precoz.

El objetivo principal es que las personas que portan el síndrome que, como veremos, presentan generalmente algunos problemas de salud y adaptación, puedan desarrollarse en la forma más plena posible, en el más amplio sentido del concepto de calidad de vida.

Rondal (1997) señala que uno de cada 750 nacidos uno presenta trisomía 21 denominada Síndrome de Down por el nombre del médico inglés que describió sus síntomas en el siglo XIX: John Langdon Down.

El cuerpo humano contiene células con 46 cromosomas repartidos en 23 pares, numerados del 1 al 23. La persona con Síndrome de Down está provista de 47 cromosomas y el cromosoma suplementario se fija en el par 21.

Un cromosoma es una estructura en forma de cruz que contiene los genes, portadores de la información genética. Está constituido por largos filamentos de ADN y todos tienen, en general, estructuras similares por un lado y algunas variaciones por otro. Presentan dos especies de brazos, que se denominan brazo corto y brazo largo. Los cromosomas se encuentran normalmente en parejas. En el humano, hay 23 pares de cromosomas: un total de 46, de los cuales un cromosoma del par es aportado por la madre y el otro por el padre.

Las posibilidades de tener hijos con Síndrome de Down aumentan cuanto mayor es la edad de la madre. Hay de un 1 a 2% de posibilidades de que el hijo de una mujer de más de 37 años presente una trisomía 21. Se presenta también en madres pre adolescentes o en la adolescencia temprana.

Existen tres tipos de trisomía 21 que pueden conducir al Síndrome de Down: Trisomía 21 libre, que se presenta en el 95% de los casos; Trisomía 21 por mosaico, se encuentra en 1% de los casos; y Trisomía 21 por translocación, en 4% de los casos.

En la trisomía libre, el error de distribución de los cromosomas puede aparecer antes de la fertilización, ya sea en el óvulo o en el espermatozoide (fig. 2.).

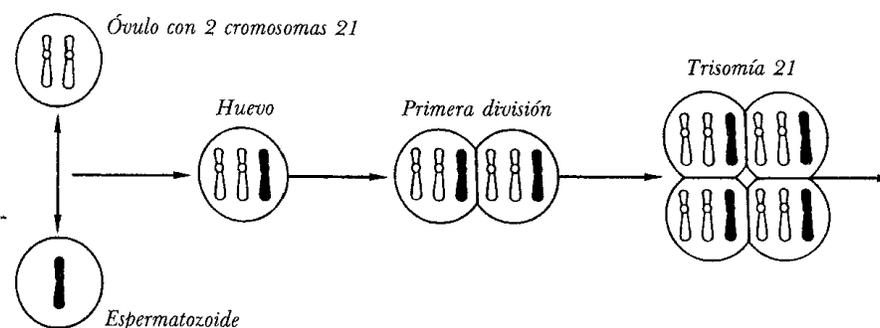


Fig. 2. El error cromosómico surge antes de la fecundación, aquí en el óvulo, pero podría suceder en el espermatozoide (Rondal, 1997).

De igual manera puede manifestarse después de la primera división celular (fig. 3). La célula que contiene tres cromosomas 21 se dividirá y formará un embrión cuyas células contendrán tres cromosomas 21.

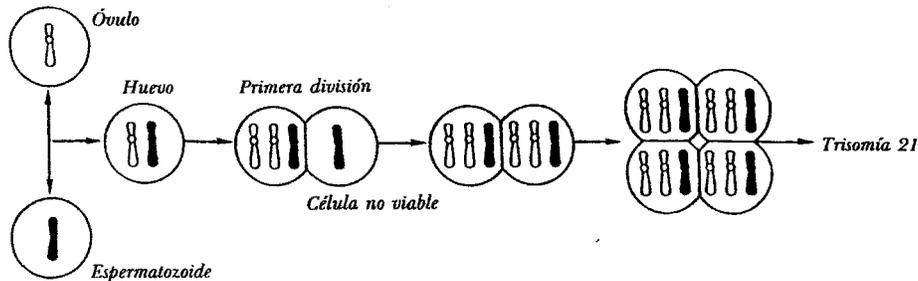


Fig. 3. El error cromosómico aparece después de la primera división celular (Rondal, 1997).

Aproximadamente en 1% de los casos, el error de distribución de los cromosomas se produce durante la segunda división celular, o incluso en la tercera. El embrión se desarrolla entonces con un mosaico de células normales que contienen 46 cromosomas y células anormales de 47 cromosomas, de las cuales tres son cromosomas 21 (fig. 4).

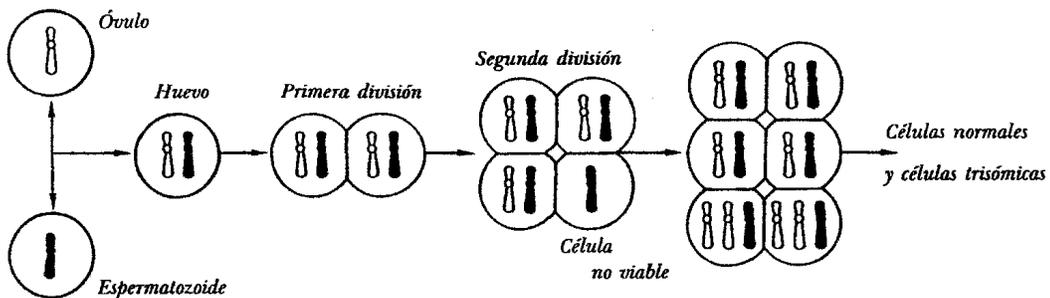


Fig. 4. Formación de un mosaico celular (Rondal, 1997).

Los otros casos de trisomía 21, aproximadamente el 4%, son causados por translocaciones, es decir, por el desplazamiento de un cromosoma o de un fragmento de cromosoma unido con otro cromosoma (fig. 5).

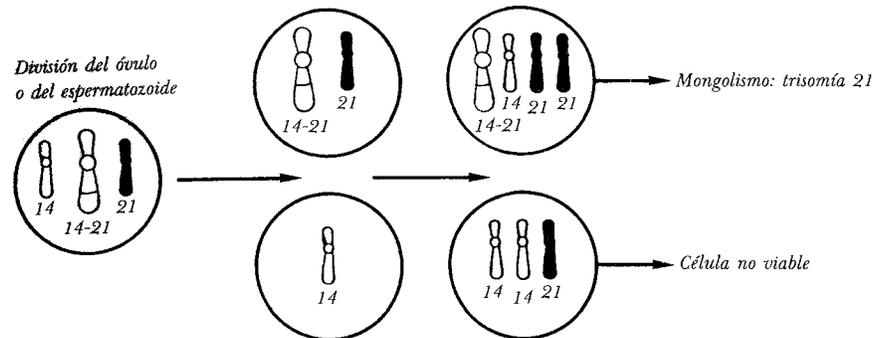


FIG. 5. Translocación transmitida (Rondal, 1997).

Sintomatología



Los signos más comunes que caracterizan el Síndrome de Down son los siguientes:

- a) Ojos oblicuos con un pliegue en el ángulo interno.
- b) Cuello corto.

- c) Cabeza pequeña.
- d) Puente nasal achatado.
- e) Boca pequeña, con cierta hipotonía que hace que la lengua permanezca afuera; la lengua tiende a ser más grande de lo normal.



- f) Dientes mal implantados, pequeños y con frecuentes caries,
- g) Manos pequeñas, con dedo meñique un poco más corto, que, a menudo presentan un solo pliegue palmario, en vez de dos.



Suelen ser de estatura pequeña, su desarrollo sexual aparece bastante tarde y puede quedar incompleto en lo que se refiere a los órganos reproductores. Los

varones tienen menor secreción hormonal, genitales pequeños y está generalmente admitido que son estériles. En las mujeres la menstruación suele ser normal y pueden llegar a ser madres.

Su piel tiende a secarse y agrietarse, son muy sensibles a las infecciones principalmente de oídos, ojos y vías respiratorias. Aparecen cardiopatías congénitas en un 40% aproximadamente.

El desarrollo neurológico está caracterizado por una hipotonía generalizada, que es causa de muchos de los problemas de adaptación social e incluso de aprendizaje que aparecen posteriormente. Manifiestan serios problemas de coordinación visomotriz; sus tiempos de respuesta son muy prolongados, es posible que todo esto sea causado por las alteraciones y modificaciones de las neuronas, según describe el Dr. J. Florez (citado en Diccionario Enciclopédico de Educación Especial, 1989).

Todos tenemos una vaga idea de cómo son las personas que portan el Síndrome de Down cuando alcanzan cierta edad. Pero, ¿qué características tienen al nacer? Muchos padres se hacen esta pregunta, ya que entre los temores que se despiertan y desarrollan durante el embarazo, el de tener un bebé con este síndrome es uno muy frecuente.

Los recién nacidos con esta alteración son generalmente bebés muy plácidos, que rara vez lloran. Una característica que llama la atención es una cierta hipotonía o laxitud muscular. Es frecuente que presenten un exceso de piel alrededor del cuello, lo que puede detectarse ya en la ecografía fetal.

Al crecer, otra de sus características es la microcefalia, es decir, un cráneo algo más pequeño que lo normal. El occipucio (unión de la cabeza con las vértebras del cuello) es plano.

Presentan un retraso del desarrollo tanto físico (talla corta, manos pequeñas, cortas y anchas, etc.) como mental: el coeficiente intelectual (CI) de un niño de 3 años o menos es de alrededor de 50, pero al aumentar la edad disminuye a un promedio de 25.

Entre sus posibles problemas de salud pueden mencionarse las cardiopatías congénitas, presentándose en casi la mitad de los casos, la más frecuente es la Tetralogía de Fallot, caracterizada por una comunicación entre los ventrículos, dextroposición de la aorta e hipertrofia (aumento de tamaño) del ventrículo derecho. También se ha registrado una mayor incidencia de casi todas las demás malformaciones congénitas.

Entre otros, pueden mencionarse las leucemias con una incidencia del 20%, problemas de tiroides, trastornos de la audición y la visión, etc.

Debido a estas causas, la expectativa de vida es inferior a la normal. Si bien casi todos llegan a la edad adulta, en ese momento parece acelerarse el proceso de su envejecimiento.

Desde el punto de vista funcional, las personas con Síndrome de Down tienen limitaciones significativas en los llamados niveles de adaptación, es decir, una serie de actividades cotidianas necesarias para vivir. Los especialistas usan estas categorías para definir el grado de capacidad mental especial, incluyendo diez niveles de adaptación, como la comunicación, el cuidado personal, las habilidades sociales, etc.

Parálisis Cerebral Infantil (PCI)

De acuerdo con un artículo publicado por el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2002), la Parálisis Cerebral Infantil es un trastorno neuromotor identificado por primera vez por el doctor William Little a mitad del

Siglo XIX. El doctor Little fue director del Hospital de Londres y posteriormente fundó el Hospital Ortopédico Real

En este documento se menciona que el concepto de P.C.I. aunque aceptado hoy día, sigue generando alguna controversia ya que mientras para unos constituye un síndrome perfectamente delimitado, para otros no es más que un síndrome genérico susceptible de acoger en su seno diversos trastornos motóricos. Por ello es fácil suponer que la definición de la P.C.I. es tan ambigua o tan concreta como sigue:

"Trastorno no progresivo de la movilidad o de la postura que se debe a una lesión o anomalía del desarrollo del cerebro inmaduro".

La parálisis cerebral es una alteración que afecta al músculo, la postura y el movimiento, provocada por alguna lesión en un cerebro en desarrollo, desde el embarazo, parto, hasta los 5 años (momento en que el cerebro alcanza el 90% de su peso). No se trata pues de una única enfermedad, sino de un grupo de condiciones que provocan un mal funcionamiento de las vías motoras (áreas del cerebro encargadas del movimiento) en un cerebro en desarrollo y que son permanentes y no progresivas. También la severidad de la afectación es variable: encontramos desde formas ligeras a formas graves con importantes alteraciones físicas, con o sin retraso mental o convulsiones.

¿Cuáles son las causas de la parálisis cerebral?

En un 40% de casos se desconoce la causa (idiopáticos) y en el 85% está presente al nacer (congénitos). Las causas son múltiples, pudiendo ser malformaciones, lesiones cerebrales que ocurren durante la vida fetal por infección o falta de oxígeno y riego sanguíneo, problemas del parto y lesiones o accidentes postnatales secundarios a meningitis, encefalitis, accidentes de tráfico,

ahogamiento, etc. También pueden presentarla los prematuros muy pequeños que han tenido complicaciones en los primeros meses de vida.

FACTOR	CAUSA
- FAMILIAR	- PREDISPOSICIÓN GENÉTICA
- PRENATAL	- HIPOXIA - RUBÉOLA - EXPOSICIÓN A RAYOS X - DIABETES
- PERINATAL	- DESPRENDIMIENTO PLACENTA - PREMATURIDAD - ANOXIA
- POSTNATAL	- ENFERMEDADES INFECCIOSAS - ACCIDENTES CARDIOVASCULARES - MENINGITIS - ENCEFALITIS

FIG. 6. En este cuadro se resumen los cuatro grandes grupos más aceptados concretando, dentro de cada uno de ellos, cuáles son algunas de las enfermedades que originan la parálisis cerebral (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2002).

En la clasificación en cuestión encontramos 4 criterios diferentes, estos criterios son el tipo, la topografía, el tono y el grado. En lo referente al tipo podemos señalar que se distingue entre:

1. Espasticidad: consiste en un aumento exagerado del tono (hipertonía). Se caracteriza por movimientos exagerados y poco coordinados o descoordinados.

2. **Atetosis:** consiste en una fluctuación de hipertonía a hipotonía. Se caracteriza por movimientos irregulares y retorcidos difícilmente controlables.
3. **Ataxia:** consiste en una alteración del balance. Se caracteriza por un sentido defectuoso de la marcha y descoordinación motora tanto fina como gruesa.
4. **Mixto:** prácticamente todos los paráliticos cerebrales son de tipo mixto, lo que significa que manifiestan distintas características de los anteriores tipos en combinación.

La clasificación atendiendo al tono, está íntimamente ligada a la clasificación anterior:

1. **Isotónico:** tono normal.
2. **Hipertónico:** tono incrementado.
3. **Hipotónico:** tono disminuido.
4. **Variable.**

Según el criterio clasificatorio de topografía, es decir de la parte del cuerpo afectada, podemos distinguir entre:

1. **Hemiplejía o hemiparesia:** afecta a una de las dos mitades laterales (derecha o izquierda) del cuerpo.
2. **Diplejía o diparesia:** mitad inferior más afectada que la superior.
3. **Cuadriplejía o cuadriparesia:** los cuatros miembros están paralizados.
4. **Paraplejía o paraparesia:** afectación de los miembros inferiores.
5. **Monoplejía o monoparesia:** un único miembro, superior o inferior, afectado.
6. **Triplejía o triparesia:** tres miembros afectados.

Atendiendo al grado de afectación podemos distinguir entre:

1. Grave: autonomía casi nula.
2. Moderada: autonomía o a lo sumo necesita alguna ayuda asistente.
3. Leve: autonomía total.

CRITERIO	NIVELES
- TIPO	<ul style="list-style-type: none"> - ESPASTICIDAD - ATETOSIS - ATAXIA - MIXTO
- TONO	<ul style="list-style-type: none"> - ISOTÓNICO - HIPERTÓNICO - HIPOTÓNICO - VARIABLE
- TOPOGRAFÍA	<ul style="list-style-type: none"> - HEMIPLEJÍA / HEMIPARESIA - DIPLEJÍA / DIPARESIA - CUADRIPIEJÍA / CUADRIPIARESIA - MONOPIEJÍA / MONOPIARESIA - TRIPLEJÍA / TRIPARESIA
- GRADO	<ul style="list-style-type: none"> - GRAVE - MODERADO - LEVE

Fig. 7. Clasificación de la P.C.I (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2002)

Entre los problemas asociados que presenta la P.C.I. podemos destacar los siguientes:

Problemas de visión y auditivos
Dificultades del habla y del lenguaje
Alteraciones perceptivas (agnosias y apraxias)
Distractibilidad
Diskinesia

Fig. 8. Problemas asociados a la P.C.I. (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2002)

Muchos individuos con parálisis cerebral no tienen otros trastornos médicos asociados. Sin embargo, los trastornos que involucran el cerebro y obstaculizan su función motora pueden causar también convulsiones y menoscabar el desarrollo intelectual del individuo, su atención al mundo exterior, la actividad, la conducta, su visión y la audición. Los trastornos médicos asociados con parálisis cerebral incluyen:

1. Retraso Mental. Aproximadamente un tercio de los niños con parálisis cerebral tienen una limitación intelectual leve, un tercio presenta incapacidad moderada o grave y el tercio restante es intelectualmente normal. La incapacidad mental es más común en los niños con cuadriplejía espástica.
2. Convulsiones o epilepsia. Tanto como la mitad de todos los niños con parálisis cerebral tienen convulsiones. Durante una convulsión, el modo normal y ordenado de la actividad eléctrica en el cerebro se interrumpe por

estallidos incontrolables de electricidad. Cuando las convulsiones resurgen sin causa directa, tal como tener fiebre, la condición se llama epilepsia. En la persona con parálisis cerebral y epilepsia, esta interrupción puede difundirse a través de todo el cerebro causando síntomas variables por todas las partes del cuerpo — como convulsiones tonicoclónicas — o puede ser limitada a una sola parte del cerebro y causar síntomas más específicos como convulsiones parciales.

Por lo general, las convulsiones tonicoclónicas causan que los pacientes griten y son seguidas por pérdida de la conciencia, sacudidas de las piernas y los brazos, movimientos corpóreos convulsivos y pérdida del control de la vejiga.

Las convulsiones parciales se clasifican como simples o complejas. En el caso de convulsiones parciales simples, el individuo exhibe síntomas localizados como sacudidas musculares, entumecimiento u hormigueo. En el caso de las convulsiones parciales complejas, el individuo puede alucinar, tambalear o hacer movimientos automáticos y sin propósito, o manifestar una conciencia limitada o confusión.

3. Problemas de crecimiento. El síndrome llamado "failure to thrive" en inglés, o fracaso de medrar, es común en niños con parálisis cerebral de moderada a grave, en especial en aquellos con cuadriparesia espástica. Fracaso de medrar es el término general usado por los médicos para describir a los niños que muestran falta de crecimiento o desarrollo a pesar de recibir suficiente alimento. En los bebés este retraso se manifiesta en peso bajo, en los niños en estaturas bajo lo normal y en los jóvenes puede presentarse en una combinación de estatura baja y falta de desarrollo sexual. Es probable que el fracaso de medrar tenga muchas causas, incluyendo en particular, mala nutrición y daño a los centros cerebrales que controlan el crecimiento y el desarrollo.

4. Asimismo, los músculos y las extremidades afectadas por la parálisis cerebral tienden a ser más pequeños que los normales. Esto es especialmente observable en algunos pacientes con hemiplejia espástica, porque las extremidades del lado afectado del cuerpo no crecen tan rápido o al mismo tamaño que las del lado más normal. Usualmente, esta condición afecta más seriamente la mano y el pie. Ya que a menudo el pie involucrado en hemiplejia es más pequeño que el pie no afectado aún entre los pacientes que caminan, es probable que la diferencia en tamaño no es debida a la falta de uso. Los científicos creen que es más probable que el problema resulte de la interrupción del proceso responsable del crecimiento normal del cuerpo.

5. Visión y audición limitadas. Un gran número de niños con parálisis cerebral tienen estrabismo, una condición en la cual los ojos no están alineados debido a diferencias en los músculos del ojo izquierdo y el derecho. En un adulto, esta condición causa doble visión. Sin embargo, el cerebro de los niños a menudo se adapta a la condición ignorando las señales del ojo desalineado. Sin tratamiento, ésta puede conducir al deterioro de la vista de un ojo y puede interferir en ciertas habilidades visuales, como el juzgar distancias. En algunos casos, los médicos pueden recomendar cirugía para corregir el estrabismo.

Es posible que los niños con hemiparesis tengan hemianopsia, lo cual es vista defectuosa o ceguera que limita el campo de visión normal. Por ejemplo, cuando hemianopsia afecta el campo de visión derecho, el niño que mira directo puede tener visión perfecta excepto en el extremo derecho. En hemianopsia homónima, el problema afecta la misma parte del campo de visión en ambos ojos.

El deterioro del oído también es más frecuente entre aquellos con parálisis cerebral que en la población general.

6. Sensibilidad y percepción anormales. Algunos niños con parálisis cerebral tienen deficiencias en la habilidad para sentir sensaciones simples como las del tacto o el dolor. También pueden tener estereognosia, es decir, dificultades en percibir o identificar objetos usando el sentido del tacto. Por ejemplo, sin observar el objeto, un niño con estereognosia tiene dificultades en identificar una pelota, esponja u otro objeto puesto en su mano.

Es muy importante recordar que la Parálisis Cerebral Infantil, pese a su aparatosidad, no tiene porque suponer una afectación a nivel cognitivo, por tanto, no debemos descartar la posibilidad de realizar intervenciones desde paradigmas o aproximaciones cognitivistas. En este sentido podemos añadir que tradicionalmente se ha entendido que las personas con Parálisis Cerebral Infantil tenían mermadas sus facultades cognitivas, concepción que era por aquellos tiempos extendida a cualquier deficiencia tanto motórica como sensorial, de forma que se les negaba cualquier oportunidad de desarrollo personal, integración y adaptación lo que supuso abordar el tema desde un punto de vista meramente biologicista o médico. Sin embargo, a raíz de la consideración de que no tenían por qué tener afectado el nivel cognitivo se abrieron las puertas a intervenciones psicológicas que incluso asumiendo en ocasiones la merma real de las facultades intelectuales dieron pie a intervenciones facilitadoras y/o potenciadoras del desarrollo cognitivo.

La tendencia actual en todos los ámbitos profesionales es la del trabajo en equipos multidisciplinarios, en ese sentido las personas con parálisis cerebral y en general las personas con discapacidad se han beneficiado de las ayudas técnicas, tanto asistentes como aumentativas, potenciando sus posibilidades gracias a la optimización de sus esfuerzos a través de dichas tecnologías.

¿Cuáles son las señales más tempranas de esta discapacidad?

Usualmente, las señales tempranas de la parálisis cerebral aparecen antes de los 3 años de edad, y a menudo los padres de familia son las primeras personas que sospechan que su niño no está desarrollando las destrezas motrices normalmente. Con frecuencia, los niños con parálisis cerebral alcanzan lentamente las etapas del desarrollo tal como el aprender a rodar, sentarse, gatear, sonreír o caminar. A veces esto es llamado retraso del desarrollo.

Algunos niños afectados tienen un tono muscular anormal. El tono muscular disminuido se llama hipotonía; en el cual el bebé parece flácido, relajado y hasta abatido. Un tono muscular aumentado se llama hipertonia, en el cual el bebé parece rígido y tieso. En algunos casos, el bebé muestra un período inicial de hipotonía que progresa a hipertonia después de los primeros 2 o 3 meses de vida. Los niños afectados pueden tener también una postura irregular o favorecer el uso de un lado de su cuerpo.

Los padres que por alguna razón están preocupados por el desarrollo de su niño deben ponerse en contacto con su médico, quien puede ayudarles a distinguir las variaciones normales en el desarrollo de un trastorno de desarrollo.

CAPITULO 3

INTERVENCIÓN TEMPRANA

Entre los objetivos que se proponen los distintos modelos de atención, está la promoción y mantenimiento de la salud mediante la prevención de alteraciones o trastornos, o en su caso, la detección y manejo precoz y oportuno de estas disfunciones, como lo menciona la M. en C. Norma del Río (1991).

Esta autora señala que el impacto de la experiencia temprana sobre el desarrollo posterior ha sido estudiado desde múltiples niveles: desde los cambios celulares con modelos experimentales animales (deprivación sensorial, enriquecimiento ambiental, aprendizaje animal, etc.) hasta modelos humanos experimentales (en orfanatos o bien, grupos con distintos modelos educativos). El qué, cómo, cuándo, dónde y sobre todo por qué intervenir se han contestado de manera distinta según las teorías del desarrollo prevalecientes en ese momento, las necesidades sociales y políticas dominantes, que han tenido claras repercusiones en las estrategias de intervención, el diseño de programas, los objetivos planteados, los alcances y las formas de evaluarlos. Numerosas investigaciones realizadas hasta el momento insisten en la necesidad de dar más importancia al desarrollo del niño en la etapa de 0 a 6 años. Esta insistencia se basa en muchas demostraciones y pruebas hechas por científicos en psicología del conocimiento y la percepción, así como en la neurofisiología del cerebro. Las conclusiones a que se han llegado son las siguientes:

- a) Animales recién nacidos privados de determinados estímulos por períodos largos, perdieron facultades en sus órganos sensoriales. También animales criados sin sus madres presentaron trastornos y problemas irreversibles en su conducta, en sus relaciones y en su capacidad.

- b) Animales criados con sus madres y estimulados oportunamente, desarrollaron mejor sus capacidades y facultades.
- c) Niños que han carecido de afecto, de estímulos sensoriales o han crecido en ambientes limitantes, presentaron un déficit en su desarrollo y en su capacidad de aprendizaje.
- d) Niños estimulados desde su nacimiento han logrado el mejor desarrollo orgánico y funcional de su sistema nervioso y de sus órganos de contacto y de intercambio con el mundo exterior, además de un equilibrio adecuado en su crecimiento físico, emocional e intelectual.
- e) La etapa primordial del desarrollo del niño es la que va de 0 a 6 años, especialmente de 0 a 2 años, por lo que es completamente indispensable estimularlo de manera adecuada en esta etapa.
- f) También esta etapa es la más propicia para determinar cualquier déficit que tenga el niño, ya sea de orden perceptivo, motor, intelectual, orgánico o ambiental, así como ejercer las acciones necesarias para resolver ese déficit o crear mecanismos de defensa y de aprendizaje que le permitan en lo posible habilitarse para la vida (Naranjo, 1981).

3.1 Definición.

La estimulación temprana la ha definido el Dr. Hernán Montenegro en los siguientes términos: “estimulación temprana es el conjunto de acciones tendientes a proporcionar al niño las experiencias que éste necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico. Esto se logra a través de la presencia de personas y objetos, en cantidad y oportunidad adecuadas y en el contexto de situaciones de variada complejidad, que generen en el niño un cierto

grado de interés y actividad, condición necesaria para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo” (Naranjo, 1981).

En realidad, la estimulación temprana se refiere a toda aquella actividad que de manera oportuna y acertada enriquezca al niño en su desarrollo físico y psíquico. En esta actividad pueden intervenir objetos mediante la relación entre el niño y el adulto, en una forma de comunicación que puede ser de gestos, de murmullos, de actitudes, de palabras y de todo tipo de expresión.

3.2 Antecedentes.

Una perspectiva histórica ayuda a ubicar la educación infantil temprana en el amplio contexto social y cultural de nuestros tiempos. Los orígenes más importantes de la educación infantil se remontan sin duda a pensadores europeos como J. A. Comenius (1592-1670), J.J. Rosseau (1712-1778) y J. H. Pestalozzi (1746-1827), todos ellos defensores de los derechos de los niños (Evans, 1997).

Hasta el siglo XVII, la infancia terminaba demasiado pronto. A los niños de tres y cuatro años de edad se les consideraba esencialmente como adultos en miniatura. Con la llegada del Renacimiento y el movimiento de Reforma, nuevas modalidades de pensamiento se difundieron a todos los aspectos de la civilización, incluyendo el adiestramiento de los niños. Uno de los primeros y más famosos educadores renacentistas que influyeron en el pensamiento occidental fue Jan Amos Comenius, quien destacaba el adiestramiento sensorial y el aprendizaje por la acción mediante el estudio de la naturaleza.(Evans, 1997).

Rousseau planteó nuevas concepciones de la infancia considerando que la crianza y la educación infantiles debían ocurrir en un ambiente no punitivo, seguro y abundante en experiencias, dentro del cual pudieran perseguirse los intereses naturales del niño. En el siglo XIX Pestalozzi y Fröebel fueron de los primeros en organizar escuelas para niños pequeños. Fröebel diseñó el primer método formal

para la educación del niño, el kindergarten, y adiestró a profesores en el uso de este método. Poco después, en Italia, María Montessori creó su método basado en los sentidos para educar a niños pequeños de los estratos socioeconómicos más bajos.

La educación temprana y preescolar empezó a llamar la atención en estados Unidos durante la década de los 20 con el surgimiento del movimiento de jardines de niños, los cuales atendían principalmente a las clases media y alta y constituyeron los primeros programas amplios para niños pequeños. La teoría de la evolución causó impacto en el pensamiento de los primeros educadores. Se llegó a concebir al ser humano, como un organismo que crece, se desarrolla y cambia.

La teoría de Piaget sobre el crecimiento y el desarrollo tuvo un impacto profundo en la práctica reciente de la educación temprana o inicial. Ayudó a mantener la centralidad del juego como el medio principal con el que los niños aprenden y adquieren conocimientos. Durante la década de los 60, varios psicólogos, entre ellos Bruner, tuvieron una influencia sustancial en el campo de la educación temprana. Sus nociones acerca del currículo de los programas produjeron mayor inclusión del contenido y la esencia de varias disciplinas. Sociolingüistas como Bernstein y Labov y psicólogos como Hunt y Bloom proporcionaron evidencias de investigación acerca de cómo los ambientes iniciales pueden limitar y/o mejorar las capacidades innatas. La noción de Hunt acerca del problema de la combinación ambiente-habilidades, que determina aquellas tareas que fomentan el desarrollo, situó a la tarea del educador temprano dentro de una perspectiva más clara (Stevens, 1997).

3.3 Bases Teóricas De La Estimulación Temprana.

Bricker (1991) menciona que para que un programa de intervención temprana funcione eficazmente, es esencial que tenga una filosofía claramente

articulada. Esta filosofía proporciona la estructura necesaria para seleccionar los objetivos del programa, del contenido curricular y de los planes educativos individuales para los niños inscritos y sus familias, así como para seleccionar los instrumentos apropiados de evaluación.

Entre las perspectivas teóricas que han influido preponderantemente en los trabajos más importantes de intervención temprana se encuentra la teoría de Piaget (1970 cit. en Bricker. 1991). De acuerdo a esta concepción los programas para infantes en riesgo y disminuidos se abocan a las habilidades sensoriomotoras y preoperacionales iniciales. En cuanto al modelo funcional, su premisa básica es la de que el desarrollo debe considerarse como la adquisición de las habilidades que inmediatamente o en el futuro mejorarán la capacidad del niño para interactuar con el medio y para llegar a ser más autosuficiente e independiente.

En la actualidad, numerosos psicólogos y educadores han llegado a reconocer la importancia del ambiente en el desarrollo del organismo humano. Algunos investigadores como Sameroff y Chandler (1975 cit. en Bricker, 1991) se han interesado en la interacción organismo-medio. La postura que rige actualmente es la de reconocer las limitaciones genéticas y aceptar que el desarrollo potencial del organismo puede verse reducido o aumentado por las variables ambientales, esta postura presenta argumentos teóricos que apoyan la intervención temprana.

La fundamentación de la intervención temprana comprende cuatro argumentos principales: 1. El mejoramiento al máximo del desarrollo del niño; 2. la prevención del desarrollo de incapacidades secundarias; 3. la impartición de apoyo y/o instrucción a las familias; y 4. la relación positiva de costo-eficiencia.

El primer argumento básico a favor de la intervención inicial se deriva de la premisa de la interacción entre el ambiente y los factores genéticos, y asegura que el aprendizaje inicial establece las bases para el desarrollo ulterior de la conducta

más compleja. La teoría de Piaget (1970 cit. en Bricker, 1991) acerca del desarrollo temprano apoya dicha postura bajo el supuesto de que la interacción sistemática entre las respuestas de los primeros años y el ambiente produce una conducta cada vez más compleja. Un supuesto lógico implícito a partir de esta postura es que, sin las formas simples de respuesta de los primeros años, el niño no tienen los elementos para construir un entendimiento o conocimiento más complejo de su mundo. Es posible que sin una intervención temprana sistemática, muchos niños con desventajas no adquieran en forma consistente una conducta sensoriomotora simple, a pesar de las formas de respuesta más complejas. Por ejemplo, el niño que tiene dificultad para coordinar esquemas básicos, como el movimiento del brazo o de la mano para recoger un objeto localizado visualmente, lo más probable es que tenga un retraso general en la exploración y manipulación de su ambiente. Para que el niño pueda alcanzar sistemáticamente los objetos que le interesan, se necesita, en general, que haya una coordinación entre el sistema visual o auditivo y la distancia a la que está el objeto. La reducción de la exploración física del ambiente generalmente disminuye el comienzo de estas conductas importantes.

La ausencia o el retraso significativo en el comienzo de las respuestas decisivas parece tener, en general, efectos acumulativos con el tiempo. En consecuencia, para reducir al mínimo estos déficit debería proporcionarse la intervención al infante al momento de identificarlos. (Bricker, 1991).

Muchos niños en riesgo o disminuidos tienden, si no tienen la atención apropiada, a desarrollar una variedad de conductas indeseables (Risley y Wolf, 1966; Baumeister y Forehand, 1973 cit. en Bricker, 1991) o a no responder de manera satisfactoria, dichas conductas no están ligadas a una condición de disminución, sino que aparecen más bien como resultado de una atención inadecuada.

Por lo tanto, la prevención puede calificarse como un segundo argumento para la intervención temprana en niños en riesgo y disminuidos.

El segundo argumento a favor de la prevención es la aparente irreversibilidad de algunos problemas si no se toman medidas para su corrección durante los años formativos. Por ejemplo, sin un ejercicio y posición adecuados, el niño con parálisis espástica grave puede desarrollar contracturas permanentes. Niños con impedimentos importantes quizá no se desempeñan nunca completamente dentro de los límites de normalidad en algunas áreas conductuales, pero hay datos que indican que es posible ayudarles a ser más adaptados e independientes (Bricker y cols. 1984 cit. en Bricker, 1991).

El tercer argumento en favor de la intervención temprana se centra en las necesidades de las familias que tienen un hijo disminuido y parecen sufrir una tensión considerable (Roos, 1978 cit. en Bricker, 1991). La intervención temprana puede ser un valioso recurso para los padres y hermanos. En primer lugar, los programas de intervención temprana pueden ser útiles para ayudar a la familia a adaptarse a su infante o niño disminuido en riesgo, ya que se ha observado que la llegada de un niño en estas condiciones produce aflicción, temor y estrés en la mayoría de los padres o familias. Un segundo aspecto a favor del valor potencial que para los padres tiene la intervención temprana es el de que estos programas pueden ayudar a los cuidadores a adquirir las habilidades necesarias para atender y educar a sus niños. La mayoría de los infantes y niños de corta edad suele pasar más tiempo con los miembros de su familia que con otras persona. Por tanto, si se quiere que las posibilidades de aprendizaje del niño sean las mejores y que su aprendizaje se generalice a otros aspectos de su vida, los miembros de la familia deben tener las habilidades de atención y educación que les capaciten para hacer frente y enseñar a sus niños. Un tercer aspecto a favor de la intervención temprana se refiere a que los programas pueden ayudar a las familias a obtener apoyos tales como el de orientación, servicios sociales, asistencia médica adecuada o cuidado del niño.

El cuarto argumento que algunos especialistas de la intervención temprana citan como fundamento a favor de ella es el costo. Es sabido que el costo de la educación especial excede al de la educación normal, sin embargo, varía de acuerdo con el tipo y la severidad de la condición de disminución con el tipo de servicio que se brinda (Rossmiller, 1979 cit. en Bricker, 1991). El costo para sostener un programa de intervención temprana es mucho menor que el costo de los servicios residenciales o institucionales.

3.4 Intervención Temprana En Niños Con Discapacidad.

Bricker (1991) señala que desde principios de la década de los setenta se han logrado avances importantes en los programas de intervención temprana y se han dirigido a dos poblaciones: niños con daño biológico u orgánico y niños en riesgo por razones médicas o ambientales. El niño con daño biológico presenta algún déficit significativo o deficiencia estructural o conductual, identificable normalmente durante sus primeros años de vida. Este grupo incluye a los niños con anomalías genéticas como el síndrome de Down, trastornos metabólicos como la fenilcetonuria, trastornos cerebrales como la parálisis cerebral, y daños sensoriales como daño visual o auditivo. Los niños clasificados dentro de la categoría en riesgo por razones médicas o ambientales, o ambas, incluyen a los prematuros o quienes sufren algún problema médico durante sus primeros años, como el síndrome de insuficiencia respiratoria, aquellos cuyos cuidadores no son del todo competentes, por ejemplo, madres adolescentes, o los que viven en ambientes de maltrato, descuido o abandono.

La intervención temprana de infantes y niños en riesgo o disminuidos como resultado de factores médicos o ambientales, se ha convertido en un asunto de gran importancia en los últimos tiempos. Se han obtenido y aplicado recursos considerables para apoyar programas destinados a mejorar el crecimiento y desarrollo de los infantes y niños que sufren padecimientos biológicos o

condiciones ambientales que los predisponen a tener problemas de adaptación a su medio. Se ha observado un curso evolutivo en el pensamiento desde una filosofía predeterminista y la creencia en la constancia del coeficiente intelectual desde los primeros años y durante toda la vida, hasta el reconocimiento general de la importancia de las experiencias tempranas y la plasticidad del infante y el niño de corta edad (Bricker, 1991).

Actualmente se habla de tres niveles de intervención en el tratamiento de estos niños:

1. Prevención primaria. Cuando se trata de prevenir un problema específico
2. Con la prevención secundaria. Se trata el problema para evitar un daño potencial, y
3. La prevención terciaria. Es cuando se busca la habilitación del sujeto ya afectado por el daño.

Las alternativas para favorecer dicha intervención se ubican en el campo de la salud, la nutrición y la educación, sin restar importancia al plano familiar.

Estimulación Motora Temprana.

El desarrollo motor del niño constituye la base de otras formas de desarrollo, antes que se desarrollen la emisión de sonidos y la comunicación intelectual y social, se expresa a través del movimiento. Esta relación del desarrollo motor con otras formas del desarrollo del niño queda claramente demostrada cuando se produce una alteración en el primero. Un niño que, por su incapacidad física, no puede desplazarse en el ambiente tendrá experiencias menores que las de un niño con un desarrollo normal. Permaneciendo estático en un solo lugar le será difícil entender conceptos como cerca y lejos, alto y bajo. Muchos niños con daño

cerebral tienen dificultad para usar sus manos, transferir objetos de una mano a otra, etc., esto afectará el aprendizaje de las diferentes consistencias, texturas, formas y temperaturas que tienen los diferentes objetos que lo rodean. Por otra parte, la falta de movilidad disminuye sus posibilidades de interactuar con otros niños y aprender de ellos y desarrollarse social y afectivamente, por lo tanto, vemos que es relevante la importancia del desarrollo motor en el desarrollo intelectual y social del niño, por lo que el tratamiento motor debe iniciarse lo más tempranamente posible.

La estimulación motora temprana pretende:

- a) Evitar el aprendizaje de posturas corporales incorrectas y movimientos anormales cuya corrección, una vez ya adquirida es difícil.
- b) Proveer precozmente al niño de estímulos sensoriales (especialmente en las áreas corporales más dañadas) necesarios para la formación de una adecuada imagen corporal.
- c) Aprovechar la etapa de crecimiento y aprendizaje más acelerados del sistema nervioso. (Guía de estimulación motora temprana, UNICEF).

CAPITULO 4

METODOLOGIA

En este capítulo se presentan de manera detallada las fases que componen la presente investigación.

Sujetos:

12 niños con Discapacidad Intelectual cuyos datos más relevantes se presentan a continuación:

NO. CASO	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO
1.	2 6/12	MUJER	SÍNDROME DOWN
2.	1 8/12	HOMBRE	SÍNDROME DOWN
3.	1 3/12	HOMBRE	SÍNDROME DOWN
4.	3 8/12	MUJER	RETRASO PSICOMOTOR
5.	3 2/12	HOMBRE	SÍNDROME DOWN
6.	3 0/12	MUJER	SÍNDROME DEL CROMOSOMA 9
7.	1 6/12	HOMBRE	SÍNDROME DOWN
8.	0 10/12	HOMBRE	SÍNDROME DOWN
9.	3 10/12	MUJER	SÍNDROME WEST
10.	3 8/12	HOMBRE	P.C.I.
11.	4 1/12	HOMBRE	RETRASO PSICOMOTOR
12.	1 6/12	HOMBRE	SÍNDROME DOWN

Materiales:

Colchonetas, rodillos, cuñas, pelotas de diferentes tamaños, colores y material, juegos didácticos como rompecabezas, piezas de ensamble, juegos de construcción, lotería, memorama, sonajeros, algunos instrumentos musicales como pandero, claves, campanas, material de diferente textura, triciclos, y juguetes en general.

Escenario:

Aula escolar dentro del Centro de Atención Múltiple No. 9, acondicionada para el nivel de Intervención temprana con alfombras y espejos.

Instrumentos:

1. Guía para la Intervención Temprana de la Secretaría de Educación Pública (1984)
2. Currículum de Estimulación Precoz . UNICEF (1988)
3. Programa regional de estimulación temprana, UNICEF – SEP (1981)

Procedimiento:

1. Entrevista inicial con los padres de familia cuyo objetivo es conocer los antecedentes del menor para poder ubicar las causas de su situación actual en algún momento de su desarrollo, pre, peri, o postnatal, así como su salud actual, la atención médica que ha recibido, su ambiente familiar y, en general, como ha sido su desarrollo hasta el momento.
2. Evaluación. Tomando como base las tablas de desarrollo marcadas en la Guía para la intervención temprana de la SEP (1984) y bajo el sustento de la teoría de Piaget que ubica el desarrollo del niño en diferentes etapas, se

busca comparar la edad cronológica de los niños bajo tratamiento con su edad de desarrollo. Se evalúan cuatro áreas principales de desarrollo: Cognoscitiva, Social, De la vida diaria, y Psicomotora. La evaluación es de manera cualitativa con la observación directa del desempeño de los niños en éstas áreas y de manera integral. La evaluación es trimestral y se realiza en tres momentos: antes de iniciar la intervención, una evaluación intermedia y la evaluación final.

3. Programas de intervención. Partiendo de los resultados de la primera y segunda evaluación se procede a la elaboración del Programa Individual de intervención que contempla las mismas cuatro áreas, basándose en la edad de desarrollo que presentan los niños en cada una de ellas.

A continuación se presenta de manera detallada el procedimiento con cada uno de los casos:

CASO 1**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 2^{6/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	12 – 17 MESES	12 – 17 MESES	12 – 17 MESES	12 – 17 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> – Que obedezca instrucciones sencillas – Que imite movimientos de lengua y labios – Que adquiera el aprendizaje de soplos
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> – Que practique juegos de manera espontánea
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Que se inicie en la independencia en el comer
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> – Que dé los primeros pasos con ayuda – Que construya torres con bloques de plástico – Que abra y cierre recipientes simples

SEGUNDA EVALUACIÓN**EDAD CRONOLÓGICA:** 2^{10/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	12 – 17 MESES	18 – 23 MESES	12 – 17 MESES	18 – 23 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none">– Que realice ejercicios para la correcta fonación– Que articule palabras monosilábicas y disilábicas sencillas y familiares
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">– Que practique juegos de manera espontánea
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none">– Que logre beber del vaso sin ayuda– Que se inicie en el control de esfínteres durante el día
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none">– Que camine entre obstáculos manteniendo el equilibrio– Que abra y cierre recipientes simples

CASO 2**PRIMERA EVALUACIÓN**EDAD CRONOLÓGICA: 1^{8/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	9 MESES	10 MESES	10 MESES	10 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que realice la búsqueda de objetos - Que emita sonidos espontáneamente
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que imite movimientos del adulto - Que practique el juego cooperativo con la pelota
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que realice el movimiento de mascado - Que sujete la cuchara y se la lleve a la boca con ayuda
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que logre equilibrar el cuerpo en posición de pie - Que camine con apoyo

SEGUNDA EVALUACIÓNEDAD CRONOLÓGICA: 2^{0/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	11 MESES	11 MESES	11 MESES	12 - 17 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none">– Que obedezca instrucciones sencillas– Que imite movimientos de la lengua y los labios
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">– Que practique juegos de manera espontánea
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none">– Que coma de manera independiente
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none">– Que construya torres con bloques– Que logre abrir y cerrar recipientes simples

CASO 3**PRIMERA EVALUACIÓN**EDAD CRONOLÓGICA: 1^{3/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	11 MESES	11 MESES	10 MESES	10 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que emita sonidos dentales y labiales - Que responda a "dame"
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que participe en juegos de escondite - Que practique el juego cooperativo con la pelota
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que realice movimientos de mascado - Que sujete la cuchara y se la lleve a la boca con ayuda
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que arrastre el cuerpo hacia un objeto - Que saque objetos de recipiente

SEGUNDA EVALUACIÓNEDAD CRONOLÓGICA: 1^{7/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	11 MESES	11 MESES	10 MESES	10 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none">– Que emita sonidos de manera espontánea– Que vocalice sílabas simples
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">– Que practique el juego cooperativo con la pelota
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none">– Que se inicie en el comer de manera independiente
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none">– Que arrastre el cuerpo hacia un objeto– Que se inicie en la construcción de torres– Que logre abrir y cerrar recipientes simples

CASO 4**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 3^{8/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	12 - 17 MESES	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que identifique objetos por su nombre - Que discrimine sonidos producidos por el propio cuerpo
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que practique normas básicas de cortesía
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que coma independientemente y en forma correcta
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que señale algunas partes del cuerpo

SEGUNDA EVALUACIÓN**EDAD CRONOLÓGICA:** 4^{0/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	18- 23 MESES	24 MESES	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> – Que emita correctamente los diferentes fonemas – Que articule palabras monosilábicas y disilábicas sencillas y familiares – Que articule frases sencillas – Que identifique diferentes frutas por su forma, olor y sabor
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> – Que practique juegos espontáneos y dirigidos
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Que se lave las manos de manera independiente – Que se inicie en el uso de peine o cepillo – Que se inicie en el uso del pañuelo – Que se inicie en la práctica de hábitos en la mesa
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> – Que logre arrodillarse desde la posición de sentada – Que se ponga de pie desde la posición de rodillas o cuclillas – Que camine entre obstáculos manteniendo el equilibrio – Que elabore frutas con diferentes materiales

CASO 5**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 3^{2/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	12 - 17 MESES	12 -17 MESES	12 - 17 MESES	18 - 23 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que emita correctamente los diferentes fonemas - Que articule palabras monosilábicas y disilábicas sencillas y familiares - Que articule frases sencillas - Que identifique diferentes frutas por su forma, olor y sabor
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que practique juegos espontáneos y dirigidos
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que se lave las manos de manera independiente - Que se inicie en el uso de peine o cepillo - Que se inicie en el uso del pañuelo - Que se inicie en la práctica de hábitos en la mesa
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que logre arrodillarse desde la posición de sentada - Que se ponga de pie desde la posición de rodillas o cuclillas - Que camine entre obstáculos manteniendo el equilibrio - Que elabore frutas con diferentes materiales

SEGUNDA EVALUACIÓN

EDAD CRONOLÓGICA: 3^{7/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	18 - 23 MESES			

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que identifique objetos semejantes - Que identifique partes del cuerpo en sí mismo y en otra persona
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que ayude en tareas domésticas, alcanzando objetos pedidos, guardando sus juguetes, etc. - Que se reconozca en una fotografía
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que logre ponerse y quitarse calcetines y zapatos abiertos - Que logre el control de esfínteres durante el día
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que logre abrir y cerrar recipientes simples

CASO 6**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 3^{0/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que identifique objetos por su nombre - Que discrimine sonidos producidos por el propio cuerpo
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que practique normas básicas de cortesía (saludo, gracias, por favor, etc.) - Que practique el juego cooperativo con la pelota
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que logre comer independientemente en forma correcta
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que logre arrodillarse desde la posición de sentada - Que se ponga de pie desde la posición de rodillas o cuclillas - Que camine entre obstáculos manteniendo el equilibrio

SEGUNDA EVALUACIÓN

EDAD CRONOLÓGICA: 3^{4/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	18 - 23 MESES	24 MESES	24 MESES	24 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	– Que señale partes del cuerpo en un dibujo
SOCIAL	– Que participe en juegos espontáneos y dirigidos
DE LA VIDA DIARIA	– Que logre comer independientemente en forma correcta, coger el vaso, beber y dejarlo sobre la mesa
PSICOMOTORA	– Que logre lanzar y atrapar una pelota con ambas manos – Que se inicie en el manejo del triciclo

CASO 7**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 1^{6/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	9 MESES	9 MESES	9 MESES	7 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que emita sonidos dentales y labiales - Que sea capaz de comprender una prohibición - Que responda a "Dame"
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que participe en juegos de escondite - Que logre imitar movimientos del adulto - Que participe en el juego cooperativo con la pelota
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que realice el movimiento de mascado - Que comience a beber del vaso con ayuda - Que sujete la cuchara y se la lleve a la boca con ayuda
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que utilice la pinza digital al tomar objetos - Que logre sacar objetos de recipientes - Que se siente con ayuda y apoyo - Que se inicie en el arrastre para desplazarse

SEGUNDA EVALUACIÓN

EDAD CRONOLÓGICA: 1 ^{10/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	9 MESES	10 MESES	10 MESES	7 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que imite movimientos de lengua y labios - Que aprenda a soplar
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que realice juegos espontáneos con sus compañeros - Que participe en el juego cooperativo con la pelota
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que se inicie en el comer de manera independiente
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que pueda sacar y meter objetos de recipientes - Que se inicie en el arrastre y gateo para desplazarse

CASO 8**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 0^{10/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	9 MESES	9 MESES	9 MESES	9 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que vocalice sílabas simples - Que imite movimientos del adulto (asentir con la cabeza, palmitas, adiós, etc.)
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que participe en juegos de escondite - Que participe en el juego cooperativo con la pelota
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que realice movimientos de mascado - Que sujete la cuchara y se la lleve a la boca con ayuda
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que arrastre el cuerpo hacia un objeto - Que saque objetos de recipientes - Que logre sentarse por sí solo

SEGUNDA EVALUACIÓN

EDAD CRONOLÓGICA: 1^{2/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	11 MESES	12 MESES	10 MESES	10 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	– Que practique ejercicios para la correcta fonación
SOCIAL	– Que practique juegos espontáneos
DE LA VIDA DIARIA	– Que se inicie en el comer de manera independiente
PSICOMOTORA	– Que dé los primeros pasos con ayuda – Que se inicie en la construcción de torres con bloques de plástico – Que aprenda a abrir y cerrar recipientes simples

CASO 9**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 3^{10/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	18 – 23 MESES	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> – Que emita correctamente los diferentes fonemas – Que articule palabras monosilábicas y disilábicas sencillas y familiares – Que articule frases sencillas – Que identifique diferentes frutas por su forma, olor y sabor
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> – Que practique juegos espontáneos y dirigidos
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Que se lave correctamente las manos – Que se inicie en el uso de peine o cepillo – Que use el pañuelo adecuadamente – Que practique hábitos en la mesa
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> – Que logre arrodillarse desde la posición de sentada – Que se ponga de pie desde la posición de rodillas o cuclillas – Que camine entre obstáculos manteniendo el equilibrio – Que elabore frutas con diferentes materiales

SEGUNDA EVALUACIÓN

EDAD CRONOLÓGICA: 4 ^{2/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	24 MESES	24 MESES	18 - 23 MESES	18 - 23 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que obedezca instrucciones de dos órdenes - Que use y responda a: ¿qué es esto? ¿dónde está? ¿quién es?, etc.
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que pueda jugar con sus compañeros y comprender su turno
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que se quite y ponga zapatos abiertos - Que se quite y ponga los calcetines
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que aprenda a abrir y cerrar recipientes simples - Que logre lanzar y atrapar una pelota con ambas manos

CASO 10**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 3^{8/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	12 – 17 MESES	12 – 17 MESES	12 – 17 MESES	11 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> – Que identifique objetos por su nombre – Que discrimine sonidos producidos por el propio cuerpo
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> – Que practique normas básicas de cortesía (saludo, por favor, gracias, etc.)
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Que logre comer de manera independiente
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> – Que logre equilibrar el cuerpo en posición de pie – Que camine con apoyo

SEGUNDA EVALUACIÓN**EDAD CRONOLÓGICA:** 4^{0/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	18– 23 MESES	12 – 17 MESES	12 – 17 MESES	12 – 17 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> – Que emita correctamente los diferentes fonemas – Que articule palabras monosilábicas y disilábicas sencillas y familiares – Que articule frases sencillas – Que identifique diferentes frutas por su forma, olor y sabor
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> – Que practique juegos espontáneos y dirigidos
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Que se lave correctamente las manos – Que se inicie en el uso de peine o cepillo – Que use el pañuelo adecuadamente – Que practique hábitos en la mesa
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> – Que dé los primeros pasos con ayuda – Que se inicie en la ejecución de trazos – Que construya torres con bloques de plástico – Que logre abrir y cerrar recipientes simples

CASO 11

PRIMERA EVALUACIÓN

EDAD CRONOLÓGICA: 4^{1/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	18 – 23 MESES	2 AÑOS	3 AÑOS	2 AÑOS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> – Que identifique objetos por su nombre – Que discrimine sonidos producidos por el propio cuerpo
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> – Que practique normas básicas de cortesía (saludo, por favor, gracias, etc.)
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Que coma independientemente y en forma correcta
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> – Que muestre algunas partes del cuerpo

SEGUNDA EVALUACIÓN

EDAD CRONOLÓGICA: 4^{5/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	18 – 23 MESES	2 AÑOS	3 AÑOS	2 AÑOS

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> – Que emita correctamente los diferentes fonemas – Que articule palabras monosilábicas y disilábicas sencillas y familiares – Que articule frases sencillas – Que identifique diferentes frutas por su forma, olor y sabor
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> – Que practique juegos espontáneos y dirigidos
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> – Que se lave correctamente las manos – Que se inicie en el uso de peine o cepillo – Que use el pañuelo adecuadamente – Que practique hábitos en la mesa
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> – Que logre arrodillarse desde la posición de sentado – Que se ponga de pie desde la posición de rodillas o cuclillas – Que camine entre obstáculos manteniendo el equilibrio – Que elabore frutas con diferentes materiales

CASO 12**PRIMERA EVALUACIÓN****EDAD CRONOLÓGICA:** 1^{6/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	10 MESES	10 MESES	10 MESES	9 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Que se inicie en la búsqueda de objetos - Que emita sonidos de manera espontánea
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Que logre imitar movimientos del adulto - Que participe en el juego cooperativo con la pelota
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Que realice el movimiento de mascado - Que logre sujetar la cuchara y llevársela a la boca con ayuda
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none"> - Que logre equilibrar el cuerpo en posición de pie - Que camine con apoyo

SEGUNDA EVALUACIÓN**EDAD CRONOLÓGICA:** 1^{10/12}

AREAS	COGNOSCITIVA	SOCIAL	VIDA DIARIA	PSICOMOTORA
EDAD DE DESARROLLO	11 MESES	11 MESES	10 MESES	11 MESES

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

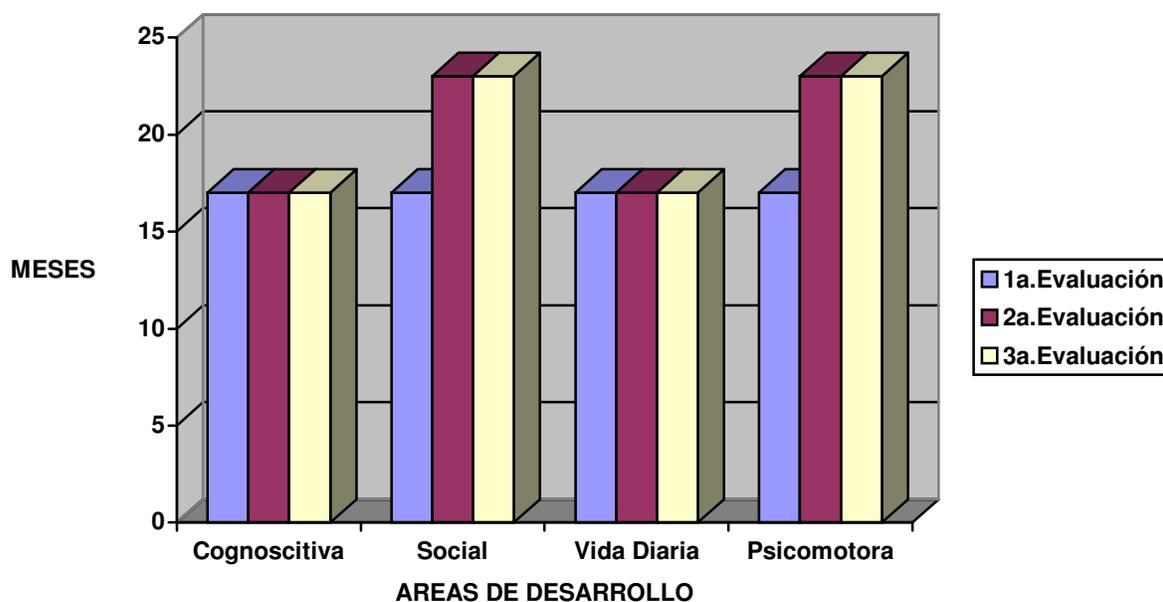
AREA	OBJETIVOS
COGNOSCITIVA	<ul style="list-style-type: none">- Que obedezca instrucciones sencillas- Que imite movimientos de la lengua y los labios
SOCIAL	<ul style="list-style-type: none">- Que practique juegos espontáneos
DE LA VIDA DIARIA	<ul style="list-style-type: none">- Que coma de manera independiente
PSICOMOTORA	<ul style="list-style-type: none">- Que se inicie en la construcción de torres con bloques de plástico- Que logre abrir y cerrar recipientes simples

CAPITULO 5

RESULTADOS

En este capítulo se analizan los resultados obtenidos a lo largo del tratamiento, tras una evaluación realizada en tres momentos: antes de iniciar el programa de intervención, una evaluación intermedia y una evaluación final. Se presentan los resultados en cada uno de los sujetos dando un panorama general de su situación al inicio y al final del tratamiento. Por principio se presenta una gráfica donde se observan los avances de los niños en las cuatro áreas, a lo largo de las tres evaluaciones.

Caso 1



Grafica 1.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

La menor inicia con una edad cronológica de 2^{6/12} y una edad de desarrollo entre 12 y 17 meses en las cuatro áreas: Cognoscitiva, Social, De la vida diaria y Psicomotriz, presentando los siguientes comportamientos característicos de esta etapa de desarrollo:

Ríe y grita, usa dos o tres palabras además de ma-ma, da-da; escucha las palabras con más atención, discrimina sonidos graves. Extiende el brazo y entrega objetos en respuesta a una orden. Expresa sentimientos de miedo, afecto, ansiedad, etc. Procura participar del grupo familiar; reacciona cuando algún niño trata de quitarle su juguete. Para comer, sólo sostiene el plato y la cuchara, necesitando ayuda para llevar el alimento a la boca. Permite que le laven y sequen las manos y la cara; coopera al vestirla extendiendo brazos y piernas, ayuda también a desvestirse.

Estando sentada, gira o se tuerce para todos lados; gatea con movimientos alternados, puede permanecer en pie sin apoyo durante algún tiempo; camina apoyada o sostenida por una de las manos, sola camina todavía torpemente levantando los brazos para equilibrarse. Puede colocar bloques de plástico en una caja y retirarlos.

La pequeña se muestra alegre y despierta, se observa que cuenta con el apoyo familiar, principalmente de su mamá, quien la estimula constantemente, además de mostrarse activa y responsable respecto al trabajo con la niña.

SEGUNDA EVALUACIÓN

Con una edad cronológica de 2^{10/12} y una edad de desarrollo de 12-17 meses en las áreas Cognoscitiva y De la vida diaria; y de 18-23 meses en la Social y Psicomotriz, sus comportamientos característicos son:

Responde a palabras inhibitorias, identifica una variedad de palabras que implican acciones, como abrir, cerrar, sentarse, quedarse de pie, etc. Reconoce si está mojada y se irrita cuando esto sucede. Cooperera al vestirla y desvestirla; puede ayudar en tareas domésticas, alcanzando objetos pedidos. Se sienta sola en sillas bajas y trepa en silla alta. Se sostiene de pie sin soporte, camina sola, ejecuta marcha rápida y carrera. Sube y baja escaleras tomada de una mano. Construye una torre de tres o cuatro cubos, llena una cubeta con cubos; ensarta argollas en un bastón. Carga o abraza una pelota o una muñeca, avienta una pelota.

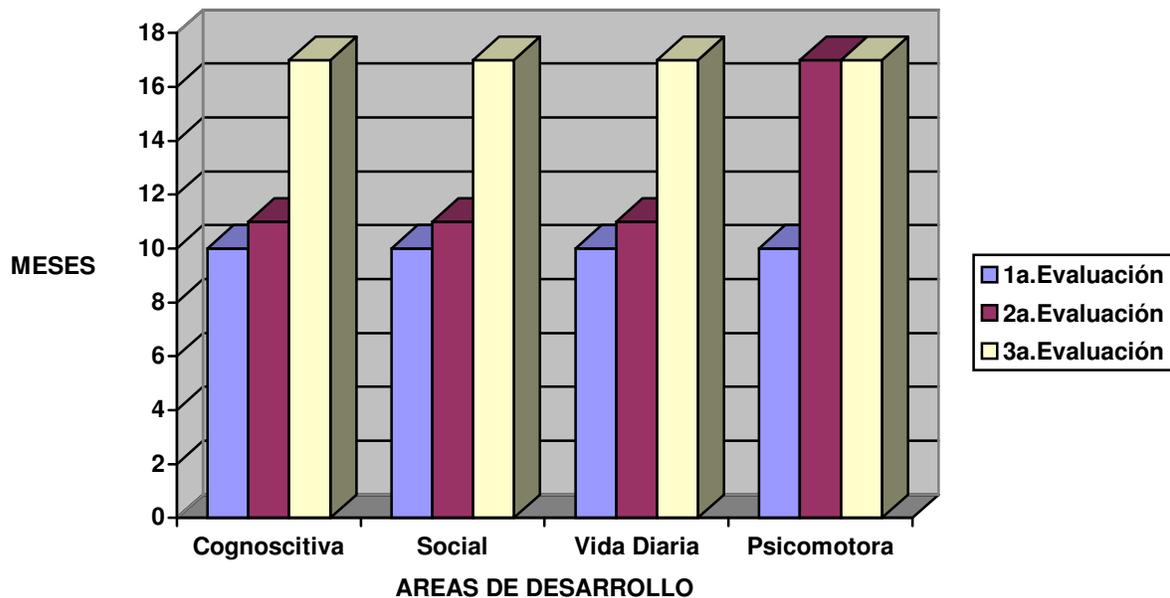
En este período se observa a la menor muy sociable y, a pesar de tener muchas posibilidades, se ha mostrado un tanto voluntariosa y aunque su mamá trata de instigarla, no insiste en ello y la niña solo trabaja cuando lo desea, no obstante, se presentaron avances en su desarrollo.

TERCERA EVALUACIÓN

Su edad cronológica es de 3^{2/12} y su edad de desarrollo es de 12 a 17 meses en las áreas Cognoscitiva y De la vida diaria; y de 18 a 23 meses en las áreas Social y Psicomotriz. En este último período no se observaron cambios significativos, por lo que no pudo alcanzar el siguiente nivel en cuanto a edad de desarrollo, sin embargo, se pudo observar que se reafirmaron algunas características de su etapa, se muestra cada vez más independiente y más sociable. Se considera que la niña presenta un buen pronóstico, ya que es muy despierta, tiene buen nivel de atención y comprensión pero requiere de instigación verbal y física para realizar las actividades. Esta actitud demuestra que el manejo de la niña por la familia no ha sido adecuado, por lo que se sugirió a los padres darle más libertad de acción exigiéndole que haga sola lo que ya puede hacer para que cada vez sea más autosuficiente, de acuerdo a su edad, y que disminuyan la sobreprotección hacia la menor.

En el presente caso se puede observar que la aplicación de los programas de intervención tuvo resultados positivos, los cuales se vieron obstaculizados en el último período por la falta de compromiso y la actitud de sobreprotección de los padres.

Caso 2



Grafica 2.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

Con una edad cronológica de 1^{8/12}, su edad de desarrollo es de 9 meses en el área Cognoscitiva y de 10 meses en las áreas De la vida diaria, Social, y la Psicomotora. Con los siguientes comportamientos característicos:

Presenta ecolalia (da-da, ma-ma). Acerca el dedo índice a un objeto, vocalizando al mismo tiempo. Dice adiós y golpea las palmas. Procura atraer la atención sobre

sí y observa a las personas que pasan. Puede agarrar un panecito con la mano para comerlo.

En posición boca abajo se desplaza a una distancia de 1.5 m. aproximadamente. Pasa de posición sentado a posición de pie a través de movimientos segmentarios; gatea de cualquier manera. Coloca los pies en el suelo y da los primeros pasos. Presenta prensión en pinza inferior; coloca objetos pequeños dentro de una caja.

Se considera que el menor tiene muy buen pronóstico, es alegre y despierto, además cuenta con el apoyo de su familia que lo estimula y muestra una actitud positiva.

SEGUNDA EVALUACIÓN

Para la segunda evaluación el niño cuenta con 2 años de edad cronológica, mientras que su desarrollo es de 11 meses en las áreas Cognoscitiva, De la vida diaria y Social; y de 12 a 17 meses en la Psicomotora. Las conductas que presenta son las siguientes:

Estando sentado o de pie, se vuelve hacia atrás al escuchar ruido; juega solo y emite sonidos como si quisiera hablar, presenta ecolalia; reacciona cuando lo llaman por su nombre. Es capaz de llevarse un vaso a la boca, consiguiendo beber agua. Sentado, gira o se tuerce para todos lados. Gatea con movimientos alternados; permanece de pie sin apoyo. Camina torpemente, sin dirección cierta, necesitando la asistencia de un adulto, cuando siente que va a perder el equilibrio, cae para atrás, sentándose. Coloca bloques en una caja y los retira. Puede jalar un sombrero de la cabeza y rodar una pelota imitando los movimientos del adulto; sostiene un juguete por el cordón.

En este período el menor ha tenido avances muy importantes, inició la marcha de manera independiente, por lo que se interesa más en recorrer cada lugar que por los materiales de ensamble, etc. Aunque es muy tímido, se muestra accesible para la realización de las actividades. Sigue contando con el apoyo de sus padres.

TERCERA EVALUACIÓN

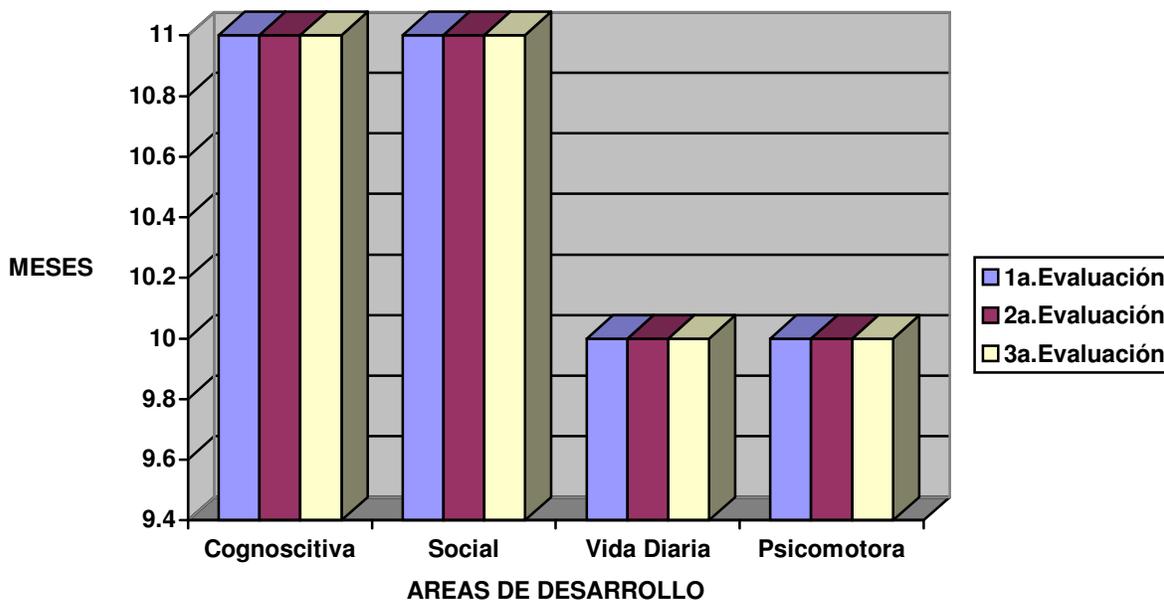
Tiene una edad cronológica de 2^{4/12} y su edad de desarrollo oscila entre los 12 y 17 meses en las 4 áreas: Cognoscitiva, Social, De la vida diaria y Psicomotora, presentando los siguientes comportamientos característicos:

Ríe y grita espontáneamente, usa dos o tres palabras además de ma-ma, da-da, etc. Discrimina sonidos graves. Escucha las palabras con más atención. Extiende el brazo y entrega objetos en respuesta a una orden. Responde a palabras inhibitorias; expresa sentimientos de miedo, afecto, ansiedad, etc. Procura participar del grupo familiar. Trata de apoderarse del juguete de otro niño y reacciona si tratan de quitarle el suyo. Para comer, sólo sostiene el plato y la cuchara, necesitando ayuda para llevar el alimento a la boca.

Permite que le laven y sequen las manos y la cara; coopera al vestirlo y desvestirlo extendiendo brazos y piernas.

El pequeño es cada vez más independiente, se considera que el manejo en casa ha sido favorable, la actitud de la familia ha sido determinante para el desarrollo del niño.

Caso 3



Grafica 3.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

El menor tiene 1 ^{3/12} de edad cronológica, presentando una edad de desarrollo de 10 meses en las áreas Psicomotora y De la vida diaria; y de 11 meses en la Cognoscitiva y Social con los siguientes comportamientos característicos:

Puede agarrar un panecito con la mano para comerlo. Estando sentado permanece indefinidamente; se yergue apoyado en las dos manos o en una de ellas solamente. Presenta prensión de tipo inferior; sacude una campanita espontáneamente. Sentado o de pie, se vuelve hacia atrás al escuchar ruido, da un juguete a otra persona, juega y emite sonidos como si quisiera hablar.

Reacciona cuando lo llaman por su nombre. Procura atraer la atención de las personas que pasan.

El pequeño es un bebé que requiere mayor estimulación en el área psicomotriz, sobre todo motivación, ya que no le agradan los ejercicios, en especial en posición boca abajo aunque puede considerarse con buen pronóstico. Le agrada la música y los cantos con mímica, que, aunque no realiza los movimientos, los observa muy atentamente.

Sus padres asisten a terapia con él, y se muestran interesados, estimulan al niño con suavidad, son afectuosos pero no exigen que trabaje, lo consienten mucho.

SEGUNDA EVALUACIÓN

En esta evaluación, con una edad cronológica de 1^{7/12}, se ubica en la misma edad de desarrollo que en la evaluación anterior, mostrando avances en algunos comportamientos característicos de cada etapa.

Los avances que ha tenido han sido de carácter cualitativo. Ahora se muestra más accesible, se ha adaptado mejor a la dinámica de trabajo, ya no llora con los ejercicios, aunque es necesario motivarlo ya que no le agrada realizarlos, sobre todo los ejercicios previos al gateo, por lo que es necesario forzarlo en algún momento ya que se ha observado que tiene posibilidades para hacerlo.

Se observa que el menor tiene buen nivel de atención y comprensión, le gusta la música y ha comenzado a seguir los movimientos en los cantos con mímica. En general, se considera que tiene buen pronóstico siempre y cuando cuente con la estimulación adecuada; por lo que se sugiere a los padres trabajar en casa exigiéndole realizar las actividades que estén a su alcance sin caer en la sobreprotección que podría limitar su desarrollo.

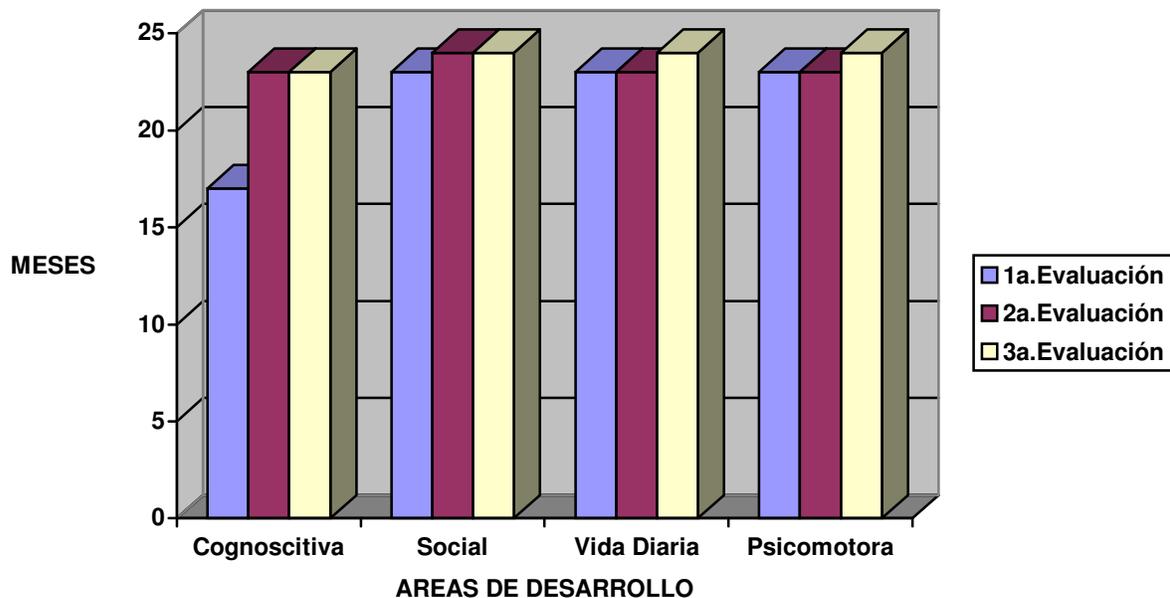
TERCERA EVALUACIÓN

En la última evaluación cuenta con una edad cronológica de 1^{11/12}, siendo su edad de desarrollo de 10 meses en las áreas Psicomotora y De la vida diaria; y de 11 meses en la Cognoscitiva y la Social, observándose que el menor no ha mostrado avances significativos que lo lleven de una etapa de desarrollo a otra, sin embargo, sus avances han sido importantes en el aspecto cualitativo de las conductas correspondientes a estas etapas de desarrollo:

Puede agarrar un panecito con la mano y comerlo, se mantiene sentado, firme y de manera independiente. Coloca los pies en el suelo y da los primeros pasos con ayuda. Pasa de posición sentado a prona. Jala juguetes por el cordón. Presenta ecolalia.

El menor tiene muchas capacidades que deben ser dirigidas de manera positiva proporcionando un mayor desenvolvimiento e independencia del niño, lo que hasta el momento no ha ocurrido por su falta de disposición y carencia de una disciplina de trabajo por parte de la familia, pues aunque se mostraron interesados y preocupados por el niño, son muy permisivos y lo sobreprotegen en todo momento.

Caso 4



Grafica 4.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

La menor cuenta con una edad cronológica de 3^{8/12} y su edad de desarrollo se encuentra entre los 12 y 17 meses en el área Cognoscitiva y entre los 18 y 23 meses en las áreas social, De la vida diaria y Psicomotora, presentando los siguientes comportamientos característicos:

Ríe y grita espontáneamente, usa dos o tres palabras además de las sílabas da-da, ma-ma; es capaz de discriminar sonidos graves, ejecuta órdenes simples dadas en forma concreta, identifica palabras que implican diversas acciones y responde a palabras inhibitorias. Es capaz de compartir actividades y ayudar en tareas domésticas alcanzando objetos pedidos; come sola pero todavía derrama alimento, sostiene el vaso con las dos manos; controla esfínteres durante el día,

ayuda a lavarse y secarse las manos y la cara, se desviste con ayuda. Se sienta sola en sillas pequeñas y se puede trepar en sillas altas, se sostiene de pie sin soporte pero camina con poca coordinación muscular, se cae con facilidad. Puede construir una torre de más de cuatro cubos, ensarta argollas y cuentas usando las dos manos.

En su trabajo es persistente y capaz de trabajar independientemente aunque fácilmente se distrae y hay que encaminarla a la actividad. En cuanto a la actitud de sus padres hacia la niña se encuentra que quien la apoya en mayor grado es la madre ya que pasa el mayor tiempo con ella, por lo que la niña está muy apegada a ella, situación que es necesario valorar y trabajar para favorecer la socialización de la menor.

SEGUNDA EVALUACIÓN

En este período, la menor cuenta con una edad cronológica de 4 años y su edad de desarrollo es de 18 a 23 meses en las áreas Cognoscitiva, De la vida diaria y Psicomotora, y de 2 años en la Social, con las siguientes características de comportamiento:

Vocaliza en promedio diez palabras, comienza a entender la idea de “mío” y “tuyo”. Reconoce partes de su cuerpo. Es capaz de identificar tres objetos familiares contenidos en una caja. Utiliza mucho el “no”. Mira atentamente las figuras de un libro y señala lo que se le indica. Comprende órdenes simples. Puede identificar dos objetos semejantes y hace garabatos espontáneamente. En lo social se encuentra en la etapa de juego paralelo. Come sola con la cuchara pero todavía derrama el alimento, sostiene un vaso con las dos manos, bebe agua pero derrama el líquido. Controla esfínteres durante el día. Ayuda a lavarse y a secarse, se desviste con ayuda y se pone zapatos abiertos. Puede sentarse sola en sillas bajas y treparse en sillas altas, se sostiene de pie sin soporte. Camina sola, casi corriendo pero desgarbada. Ejecuta marcha rápida y carrera. Sube y

baja escaleras apoyándose. Construye una torre de más de cuatro cubos. Avienta una pelota y la empuja con el pie. Arrastra un juguete en el suelo, llena una cubeta con cubos, ensarta argollas en un bastón y pasa dos o tres páginas de libro a la vez.

Se puede observar que en todas las áreas se presentaron avances, cabe mencionar que Verónica es muy estimulada por su mamá y esto le ha ayudado mucho, además de la convivencia con el grupo.

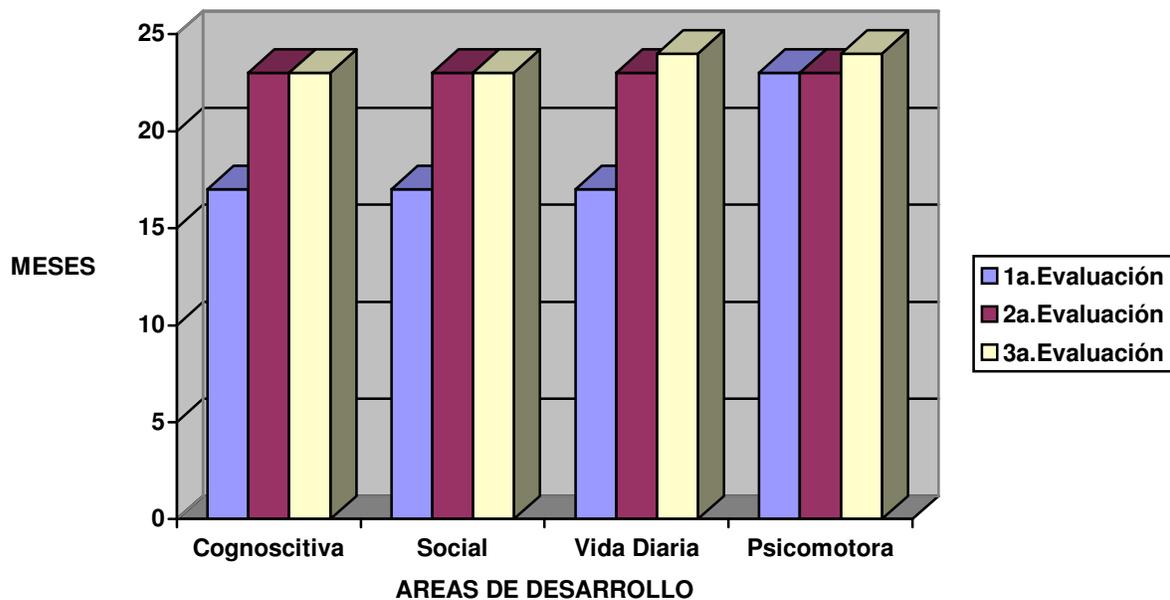
TERCERA EVALUACIÓN

Con una edad cronológica de 4 ^{4/12} y una edad de desarrollo de 18 a 23 meses en el área Cognoscitiva y de 2 años en las áreas: Social, De la vida diaria y Psicomotora, sus comportamientos característicos son los siguientes:

Se comunica espontáneamente con sustantivos e dos sílabas, principalmente repetidas. Nombra y señala figuras en un libro. Identifica las figuras de triángulo, cuadrado y círculo y las coloca en un cuadro de relieve. Realiza juegos simples por imitación, durante los cantos, principalmente se observa que intenta hacer lo que se le dice para ser aprobada por los demás. Da muestras de afecto a personas conocidas (familiares). Ofrece y da objetos, trae y lleva lo que se le pide. Reconoce algunos alimentos, intenta pelar o desenvolver cuando es necesario (plátanos, dulces, etc.) Para comer utiliza la cuchara derramando ocasionalmente el contenido. Mastica bien alimentos sólidos. Está entrenada para el uso del baño, solicita que la lleven. Ayuda cuando la visten, se quita y se pone prendas sencillas. Puede subir y bajar escaleras apoyándose en el pasamanos. Se mantiene de rodillas y se levanta sin ayuda para caminar, puede treparse en una silla para alcanzar algún objeto. Construye una torre de 6 o 7 cubos, ensarta cuentas usando las dos manos. Presenta prensión de tipo pinza inferior.

En este período se observaron mayores avances en la niña, se muestra más accesible, amistosa e independiente.

Caso 5



Grafica 5.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

El menor tiene una edad cronológica de 3^{2/12} y una edad de desarrollo de 12 a 17 meses en las áreas: Cognoscitiva, Social y De la vida diaria; y de 18 a 23 meses en la Psicomotora y sus comportamientos característicos son:

Emite dos o tres palabras claramente además de ma-ma, da-da; discrimina sonidos graves, ejecuta órdenes simples dadas en forma concreta, responde a palabras inhibitorias e identifica palabras que implican acciones. Participa espontáneamente del grupo familiar; trata de apoderarse del juguete de otro niño y

reacciona si tratan de quitarle el suyo. Para comer, sostiene el plato y la cuchara necesitando ayuda para llevar el alimento a la boca; solicita ir al baño, permite que le laven y sequen las manos y la cara, coopera al vestirlo. Se sienta solo en sillas bajas y trepa en silla alta, se sostiene en pie sin soporte, cae raras veces, camina solo ejecutando marcha rápida y carrera; sube y baja escaleras apoyando las manos, construye una torre de más de cuatro cubos, puede aventar una pelota y empujarla con el pie.

El menor tiene buen nivel de atención y comprensión, es tranquilo y activo, se relaciona satisfactoriamente con sus compañeros, en su ejecución cuenta con el apoyo y estimulación constante de su mamá quien se muestra cooperadora y entusiasta.

SEGUNDA EVALUACIÓN

En este período su edad cronológica es de 3^{7/12} y su desarrollo es de 18 a 23 meses en las cuatro áreas, mostrándose de la siguiente manera:

Se comunica espontáneamente mediante sustantivos cortos, comienza a entender la idea de “mío” y “tuyo”, reconoce partes de su cuerpo, utiliza mucho el “no”. Puede identificar objetos conocidos de una caja. Mira atentamente las figuras de un libro señalando y mencionando algunas de ellas. Sigue órdenes simples. Se integra fácilmente a actividades en grupo, cuando se siente solo durante mucho tiempo llora. Es capaz de ayudar en tareas domésticas alcanzando objetos pedidos. Controla esfínteres durante el día si se le pregunta constantemente si quiere ir al baño. Come solo con la cuchara pero derrama alimento, bebe de un vaso pero tira agua. Ayuda a lavarse y secarse y se desviste con ayuda. Se sienta solo en sillas bajas y trepa en una alta. Ejecuta marcha rápida y carrera, cae raras veces. Camina con los brazos a lo largo del cuerpo, sube y baja escaleras tomado de la mano. Puede construir una torre de cuatro cubos. Avienta una pelota y la

empuja con el pie, arrastra un juguete en el suelo, ensarta argollas en un bastón sin problemas.

El niño ha presentado avances significativos, su mamá se muestra satisfecha y entusiasta con sus logros.

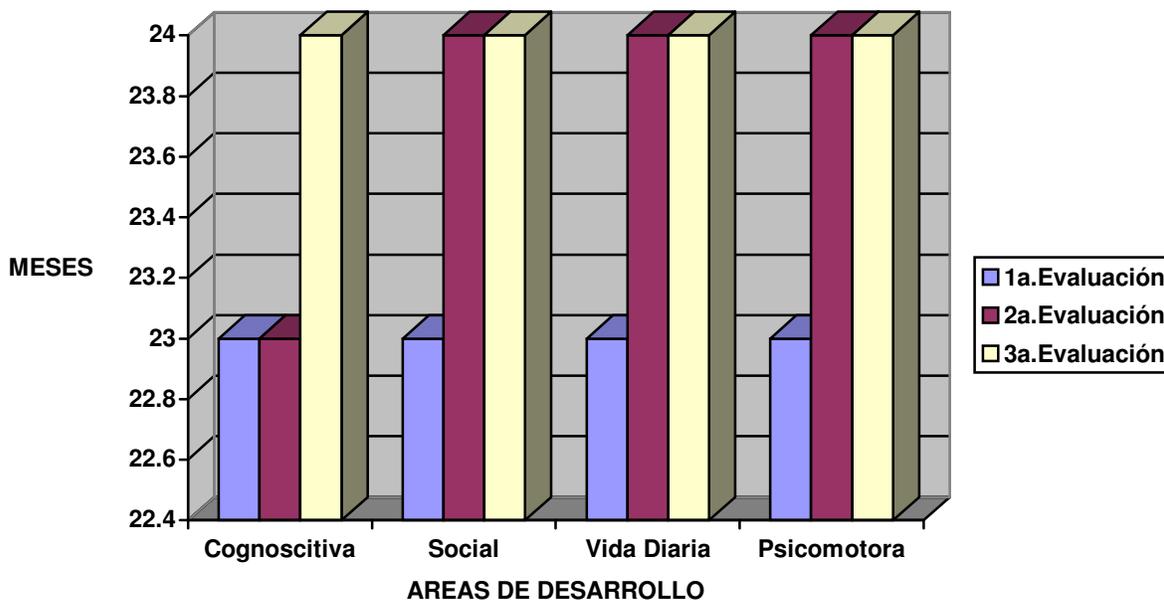
TERCERA EVALUACIÓN

Con una edad cronológica de 3^{11/12}, su desarrollo se ubica entre los 18 y 23 meses en las áreas Cognoscitiva y Social, y en los 24 meses en las áreas De la vida diaria y Psicomotora. Presentando las siguientes conductas:

Es capaz de solicitar que lo lleven al baño, viste solo ropas simples. Come solo, usando la cuchara, mastica bien alimentos sólidos. Puede mantenerse de rodillas y levantarse sin ayuda para caminar, sube y baja escaleras apoyándose en el pasamanos. Corre bien y no se cae, puede andar en triciclo sin ayuda. Construye una torre de 6 o 7 cubos, ensarta cuentas usando las dos manos.

En las áreas donde presentó avances importantes fueron en la Social y Psicomotora, observándose más independiente y seguro. Se considera que el menor tiene muchas posibilidades debido a sus características propias y al apoyo que se observa le brindan sus padres.

Caso 6



Grafica 6.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

La menor tiene 3 años de edad cronológica y su edad de desarrollo se ubica de 18 a 23 meses en las cuatro áreas: Cognoscitiva, Social, De la vida diaria y Psicomotora. Sus comportamientos característicos son los siguientes:

Vocaliza en promedio diez palabras, incluyendo su nombre, se comunica espontáneamente, usando sustantivos, principalmente disílabos repetitivos. Reconoce partes de su propio cuerpo. Es capaz de identificar tres objetos familiares contenidos en una caja. Mira atentamente las figuras de un libro. Comprende órdenes simples en situaciones familiares con apoyo del gesto. Identifica formas circulares por el tacto y las coloca en el cuadro de figuras geométricas. Puede ayudar en tareas domésticas, alcanzando objetos pedidos. Ha

perdido el interés por el biberón, come sólo con la cuchara pero derrama el alimento. Ayuda a lavarse y a secarse, aunque no es capaz de usar el jabón y la toalla adecuadamente. Se desviste con ayuda. Se quita calcetines y ropa sencilla, se pone zapatos abiertos. Controla esfínteres durante el día.

Se sostiene de pie sin soporte. Camina sola, casi corriendo, desgarbada (debido a la reducida coordinación muscular). Sube y baja escaleras, tomada de una mano colocando los dos pies en cada escalón. Juega o deja caer objetos en el suelo, observándolos. Llena una cubeta con cubos, carga o abraza una pelota o una muñeca. Construye una torre de 3 o 4 cubos. Ensarta argollas en un bastón.

La pequeña es muy sociable, sonriente y alegre, le gusta participar en las actividades, cuenta con el apoyo de su mamá, quien se muestra muy interesada en el trabajo con su hija, la estimula de manera positiva aunque muy poco afectuosa con ella.

SEGUNDA EVALUACIÓN

Su edad cronológica en este período es de 3^{4/12} y su desarrollo es de 18 a 23 meses en el área Cognoscitiva, y de 2 años (24 meses) en las áreas: Social, De la vida diaria y Psicomotora, presentando las siguientes características:

Para comunicarse usa lenguaje telegráfico, emplea algunos verbos; utiliza mucho el “no”. Comienza a entender la idea de “mío” y “tuyo”. Señala y nombra grabados en un libro o revista. Comprende órdenes simples. Identifica objetos semejantes (2 aros, 2 bloques, 2 pelotas, etc.) Hace garabatos espontáneamente. Se refiere a sí misma por su nombre, predomina el juego paralelo. Pide ir al baño, viste ropas simples. No da muchas vueltas para introducir la cuchara a la boca, se distrae jugando con la comida. Sube y baja escaleras apoyándose en el pasamanos o en la pared, puede correr sin caerse. Construye una torre con 6 o 7 cubos, ensarta cuentas usando las dos manos.

En el área Cognoscitiva se mantuvo en la misma etapa reafirmando algunos aspectos, en las demás áreas avanzó a la siguiente etapa adquiriendo nuevas conductas.

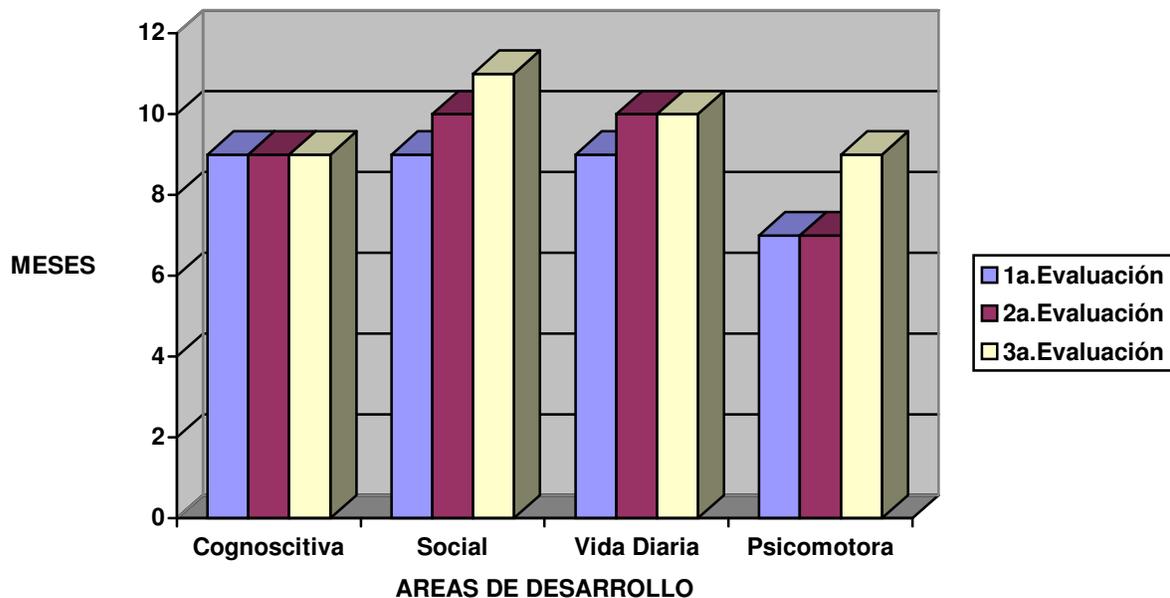
TERCERA EVALUACIÓN

Para la última evaluación cuenta con una edad cronológica de 3 ^{8/12} y su desarrollo es de 2 años (24 meses) en las cuatro áreas. Con los siguientes comportamientos característicos de esta etapa:

Puede formar frases con tres palabras, usa “tú” y “yo”, emplea sustantivos y verbos. Nombra figuras, identifica algunos objetos por el uso. Es capaz de señalar cuatro o cinco partes del cuerpo en un muñeco o en otra persona. Después de algunos intentos consigue adaptar encajes en un cuadro de formas geométricas. Distingue verbalmente funciones urinarias e intestinales. Comprende órdenes dobles, por ejemplo: “coge tu suéter y siéntate”. Continúa predominando el juego egocéntrico. Puede controlar esfínteres durante la noche. Imita el peinado del cabello. Para comer, puede sostener la cuchara y comer sin derramar alimento, mastica bien los alimentos sólidos; bebe de un vaso y lo coloca sobre la mesa sin derramar líquidos. Estando de rodillas puede levantarse para caminar, aproxima el pulgar al meñique por imitación. Presenta prensión de tipo pinza inferior. Se trepa en una silla para alcanzar algún objeto. Ensarta cuentas usando las dos manos.

Los principales avances se presentaron en el área Cognoscitiva, sin embargo se reafirmaron algunos aspectos de las demás áreas.

Caso 7



Grafica 7.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

El menor tiene una edad cronológica de 1 ^{6/12} y una edad de desarrollo de 9 meses en las áreas: Cognoscitiva, Social y De la vida diaria; y de 7 meses en la Psicomotora. Presenta los siguientes comportamientos característicos:

Estando acostado boca arriba, levanta la cabeza como si quisiera incorporarse; puede rodar sobre su tronco pero no consigue sentarse por sí solo. Presenta prensión palmar, puede sacudir una sonaja y la golpea sobre la mesa; trata de agarrar la pelota con toda la mano.

Comienza a imitar sílabas repetidos (da-da, pa-pa, etc.) Entiende gestos como “ven”, “adiós”, etc. Identifica su propio nombre y responde a él. Observa su

ambiente y se detiene a mirar los detalles de un objeto; comienza a identificar los sonidos escuchados. Se alegra en compañía de los padres u otros familiares, trata de agarrar a las personas por la ropa. Al alimentarle se observa que es capaz de sostener el biberón, demuestra preferencia por algunos alimentos; es capaz de comer algunos alimentos sólidos llevándoselos él mismo a la boca.

Se considera que es un bebé con buen pronóstico, ha sido estimulado por su familia, aunque no con la calidad necesaria, se requiere eliminar la sobreprotección para lograr mejores resultados. Cabe mencionar que su hermana mayor (de 21 años de edad) acude con él a terapia ya que ambos padres trabajan.

SEGUNDA EVALUACIÓN

En este período el menor cuenta con una edad cronológica de 1^{10/12} y su desarrollo es de 7 meses en el área Psicomotora; 9 meses en el área Cognoscitiva; y de 10 meses en las áreas Social y De la vida diaria, con los siguientes comportamientos característicos:

Puede rodar sobre su cuerpo impulsando el cuerpo, sentado, se mantiene erecto; se desplaza de un lugar a otro rodando. De pie, sostiene gran parte de su cuerpo, se mantiene en esta posición apoyado. Observa a las personas que pasan, procura atraer la atención sobre sí.

Los avances en este período fueron mínimos a pesar de que se trata de un niño alegre y despierto. Constantemente busca el contacto físico, se muestra atento a lo que sucede en su entorno, sin embargo, no muestra suficiente actividad motora, probablemente por su exceso de peso o por comodidad, ya que está acostumbrado a que le den todo lo que desea. El menor sigue presentando buen pronóstico partiendo de sus habilidades actuales y potenciales y un adecuado manejo en casa.

TERCERA EVALUACIÓN

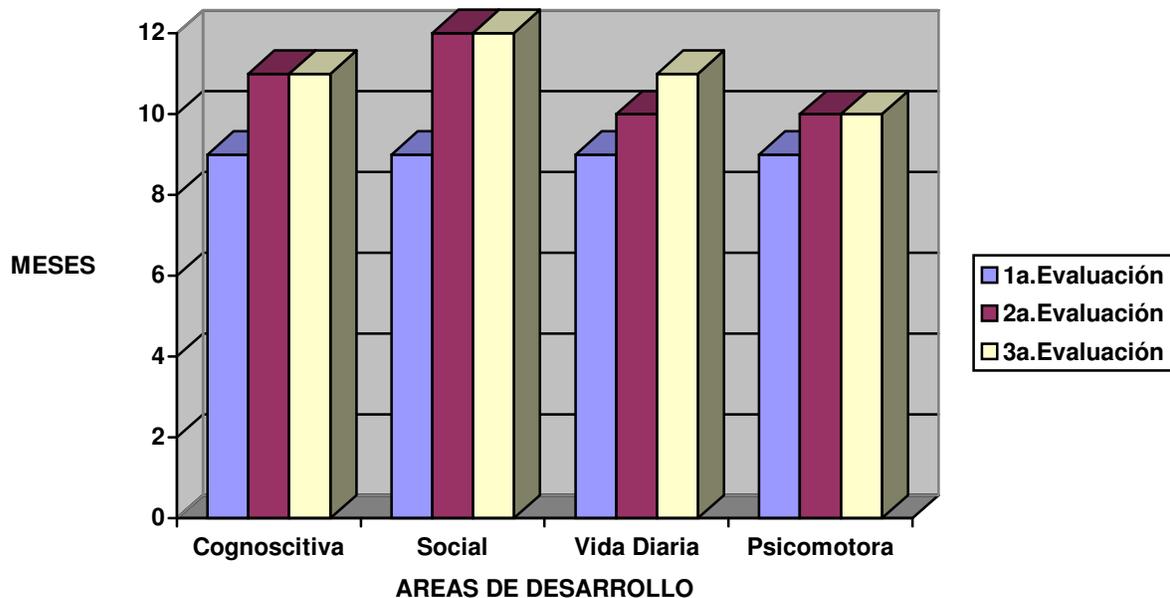
Para la última evaluación el pequeño cuenta con 2^{2/12} de edad cronológica y un desarrollo de 9 meses en las áreas: Cognoscitiva y Psicomotora; de 10 meses en el área: De la vida diaria, y de 11 en la Social, con las siguientes características:

Identifica su propio nombre y responde a él. Observa su ambiente y comienza a identificar los sonidos escuchados. Discrimina a personas desconocidas y se alegra en compañía de familiares. Trata de agarrar a las personas por la ropa, observa a las personas y trata de atraer la atención sobre sí. Comienza a imitar movimientos del adulto. Es capaz de tomar un panecillo con la mano y llevárselo a la boca y se ha iniciado en la manipulación de la cuchara durante la alimentación.

Estando acostado boca arriba puede rodar y permanecer boca abajo. Puede quedarse sentado sin ayuda. De pie, puede sostenerse apoyado en un barandal sosteniendo todo el peso de su cuerpo. Tira juguetes y los sigue con la mirada; sacude y golpea un objeto contra otro. Comienza a colocar objetos dentro de cajas y ha iniciado el arrastre.

Los principales logros que se han presentado han sido en lo social, ya que el niño se muestra más accesible, sonriente y con un mejor desenvolvimiento. Se considera necesario estimularlo en todos aspectos motivándolo a realizar actividades por sí mismo de acuerdo a sus posibilidades. Se considera que puede dar un mejor pronóstico si se trabaja con él de manera firme y constante explotando todas sus capacidades potenciales y con ello favorecer su desarrollo integral ya que presenta un desfase considerable en relación con su edad cronológica.

Caso 8



Grafica 8.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

El menor inicia a los 10 meses de edad cronológica, su edad de desarrollo es de 9 meses en las cuatro áreas: Cognoscitiva, Social, De la vida diaria, y Psicomotora, mostrando los siguientes comportamientos característicos:

Imita silabas repetidas: da-da, ta-ta, etc.; entiende gestos “ven acá”, etc. y pega en objetos que se le señalan; dice adiós con la mano, identifica su propio nombre y responde a el. observa su ambiente y se detiene a mirar los detalles de un objeto, comienza a identificar los sonidos escuchados. se alegra en compañía de sus padres y trata de agarrar a las personas por la ropa. Demuestra preferencia por algunos alimentos, sostiene un objeto con la mano y lo lleva a la boca. mastica alimentos semi-sólidos y es capaz de comer algunos alimentos sólidos. rueda de

boca arriba a boca abajo y viceversa, ha iniciado la sedestación y, estando sentado se inclina al frente, permanece sentado por mas de 10 minutos. de pie se apoya en un barandal, sosteniendo todo el peso del cuerpo; tira juguetes y los sigue con la mirada, sacude y golpea un objeto contra otro.

Es un bebé muy despierto, atento y listo, es sociable, sonrío espontáneamente ante el contacto visual, es muy activo e inquieto, se observa que recibe buena estimulación por parte de sus padres así como un adecuado manejo ya que no se muestran sobreprotectores, motivándolo a realizar las actividades constantemente.

SEGUNDA EVALUACIÓN

El menor presenta una edad cronológica de 1^{2/12} y una edad de desarrollo de 10 meses en las áreas Psicomotora y De la vida diaria; de 11 meses en la Cognoscitiva y de 12 en la Social. Mostrando los siguientes comportamientos característicos:

De posición prono, se desplaza a una distancia mayor de 5 m., gatea de cualquier manera. Permanece sentado indefinidamente. Pasa de posición sentada a posición prona; se yergue apoyado en las dos manos o en una de ellas solamente; realiza gran actividad con el dedo índice. Jala juguetes por el cordón y coloca objetos dentro de una caja. Agarra un panecito con la mano para comerlo. Estando sentado o de pie se vuelve al escuchar ruido, juega solo y emite sonidos como si quisiera hablar. Reacciona cuando lo llaman por su nombre. Procura participar del grupo familiar; trata de apoderarse del juguete de otro niño y reacciona si tratan de quitarle el suyo.

Hasta ahora ha presentado avances significativos en las cuatro áreas, es un niño con un excelente pronóstico se desenvuelve en un ambiente afectuoso y rico en estimulación y cuidados por parte de sus padres.

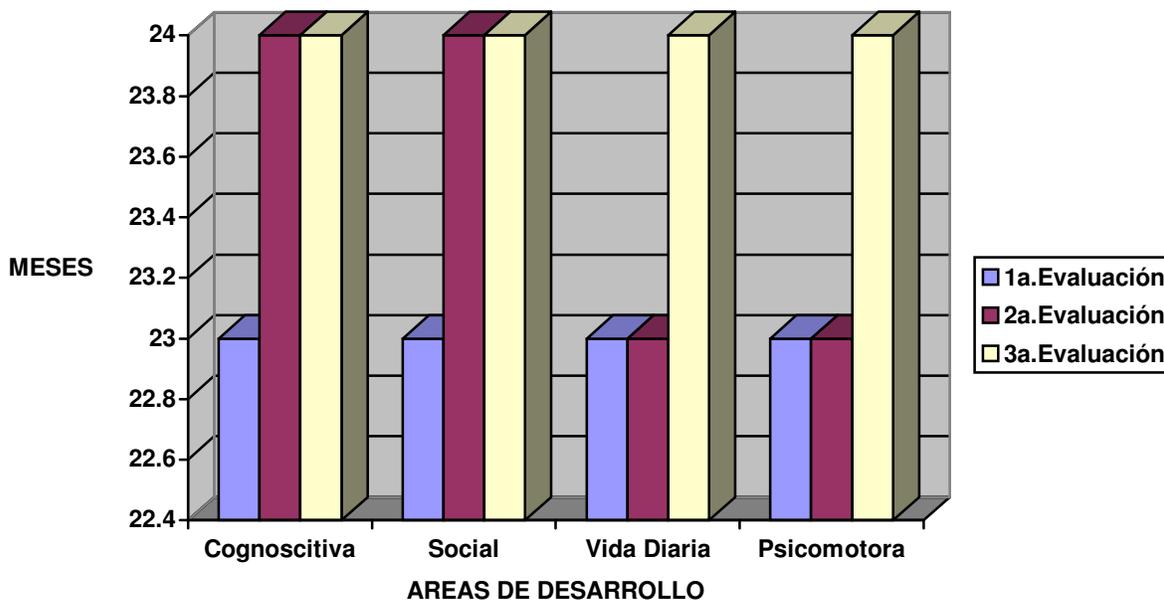
TERCERA EVALUACION

En este periodo el pequeño tiene 1 ^{7/12} de edad cronológica y su edad de desarrollo es de 10 meses en el área Psicomotora, de 11 en las áreas Cognoscitiva y De la vida diaria y de 12 en la Social. Presenta los siguientes comportamientos característicos:

En posición boca abajo puede desplazarse a una distancia aproximada de 1.5 m. Gateando de cualquier manera. Sentado, puede permanecer indefinidamente. Puede pasar de posición sentado a posición de pie con ayuda. Coloca los pies en el suelo y da los primeros pasos. Se cambia de posición sentado a prona. Jala juguetes por el cordón y sacude una campana espontáneamente. Sentado o de pie se vuelve al escuchar ruido, obedece ordenes simples en situaciones habituales y da un juguete a otra persona. Juega solo y emite sonidos como si quisiera hablar; reacciona cuando lo llaman por su nombre. Puede tomar de un vaso consiguiendo beber agua. Procura participar del grupo familiar. Trata de apoderarse del juguete de otro niño y reacciona cuando algún niño trata de quitarle el suyo.

El desarrollo del menor ha sido favorable en las cuatro áreas, ha consolidado algunos aspectos y ha iniciado la adquisición de otros.

Caso 9



Grafica 9.-En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

La menor cuenta con una edad cronológica de 3^{10/12} y una edad de desarrollo entre 18 y 23 meses en las cuatro áreas: Cognoscitiva, Social, De la vida diaria y Psicomotora. Presentando los siguientes comportamientos característicos de esta etapa:

Se comunica de manera oral, utilizando lenguaje telegráfico, emplea sustantivos y algunos verbos, posee un vocabulario de 20 a 100 palabras, aproximadamente. Comienza a entender la idea de “mío” y “tuyo”. Reconoce partes de su cuerpo. Es capaz de identificar tres objetos familiares contenidos en una caja. Utiliza mucho el “no”. Identifica formas circulares por el tacto y las coloca en el cuadro de figuras geométricas. Hace garabatos espontáneamente. Puede

ayudar en tareas domésticas, alcanzando objetos pedidos. Ha perdido el interés por el biberón, come sola con la cuchara pero derrama el alimento, sostiene un vaso con las dos manos, bebe pero derrama el líquido. Controla esfínteres durante el día. Ayuda a lavarse y a secarse, aunque no es capaz de usar el jabón y la toalla adecuadamente. Se desviste con ayuda. Puede sentarse en sillas bajas y trepar en sillas altas, se mantiene de pie sin soporte. Camina sola casi corriendo pero desgarbada, cae raras veces. Sube y baja escaleras tomada de una mano. Puede construir una torre de cuatro cubos; llena una cubeta con cubos. Ensarta argollas en un bastón.

La menor tiene muchas habilidades que no se aprovechan adecuadamente, se observa sobreprotección por parte de la madre además, por sus rasgos de personalidad se dificulta trabajar con ella ya que tiende a aislarse, no permite el contacto físico ni visual por lo que no se puede integrar a las actividades grupales como cantos y juegos, rondas, etc.

SEGUNDA EVALUACIÓN

Con una edad cronológica de 4 ^{2/12} y una edad de desarrollo de 18 a 23 meses en las áreas: De la vida diaria y Psicomotora; y de 2 años en las áreas: Cognoscitiva y Social, presenta los siguientes comportamientos característicos:

Se comunica utilizando sustantivos y verbos, forma frases con tres palabras; nombra figuras de un libro, identifica algunos objetos por el uso. Es capaz de señalar 4 o 5 partes del cuerpo en un muñeco o en otra persona. Puede introducir, después de varios intentos, varias piezas en un cuadro de figuras geométricas. Se refiere a sí misma por su nombre. Predomina en ella el juego paralelo. Ayuda a lavarse y a secarse, se desviste con ayuda; puede quitarse calcetines y ropa sencilla. Se pone zapatos abiertos. Ejecuta marcha y carrera, avienta una pelota y la empuja con el pie; puede construir una torre con 6 u 8 cubos.

Los avances más importantes los ha presentado en las áreas Cognoscitiva y Social. Ahora se muestra un poco más accesible, comienza a aceptar el contacto físico y a acercarse a sus compañeros, ha memorizado algunos de sus nombres. Su mamá sigue mostrándose sobreprotectora pero optimista y satisfecha con los resultados hasta ahora obtenidos.

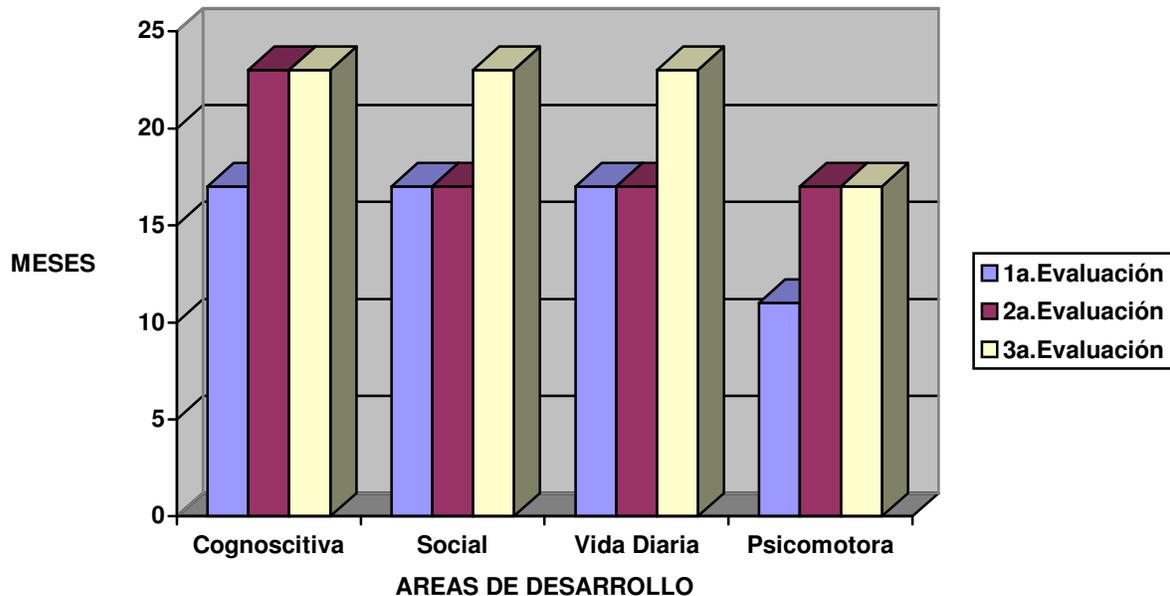
TERCERA EVALUACIÓN

En el último período cuenta con una edad cronológica de 4^{6/12} y su desarrollo corresponde a los dos años (24 meses) en las cuatro áreas, con las siguientes características:

Puede asociar objetos por especie. Discrimina dos o tres formas al manipular objetos, después de varios intentos logra adaptar encajes. Señala varias partes del cuerpo. Percibe el objetos o persona que falta en el conjunto. Comprende órdenes dobles. Distingue verbalmente funciones urinarias e intestinales, pide ir al baño y controla esfínteres durante la noche. Imita el peinado del cabello, viste ropas simples, aunque con ayuda. Puede mantenerse de rodillas y levantarse sin ayuda para caminar, sube y baja escaleras sola, un escalón a la vez, apoyándose en el pasamanos. Corre y no se cae pero su coordinación no es perfecta. Se puede trepar en una silla para alcanzar un objeto. Continúa practicando el juego paralelo, participa en las mismas actividades que sus compañeros pero de manera aislada y por poco tiempo.

Es necesario instigarla a realizar las actividades constantemente ya que tiende a llorar y a gritar si no se le permite hacer lo que quiere, siendo este aspecto el que representa mayores dificultades por superar, ya que le impide integrarse socialmente.

Caso 10



Grafica 10.- En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

Tiene una edad cronológica de 3^{8/12} y su edad de desarrollo es de 11 meses en el área Psicomotora, y de 12 a 17 meses en las áreas: Cognoscitiva, Social y De la vida diaria, con los siguientes comportamientos característicos:

Ríe y grita, usa dos o tres palabras además de ma-ma y da-da, discrimina sonidos graves, escucha las palabras con más atención; ejecuta órdenes simples dadas en forma concreta, responde a palabras inhibitorias, identifica varias palabras que implican acciones. Procura participar del grupo familiar; trata de apoderarse del juguete de otro niño y reacciona si tratan de quitarle el suyo. Para comer, sostiene el plato y la cuchara pero necesita ayuda para llevarse el alimento a la boca; reconoce cuando está mojado y se irrita cuando esto sucede, ya que

todavía no controla esfínteres. Permite que le laven y sequen las manos y la cara, coopera para vestirlo y desvestirlo. Estando sentado, usa los brazos como apoyo para impedir caer hacia atrás; puede permanecer de pie apoyado; camina con ayuda. Coloca objetos en un recipiente y los saca.

El menor presenta mayores dificultades en el área Psicomotora debido a que padece PCI, es un niño muy alegre y despierto. Se le ha dificultado integrarse al grupo, está muy apegado a su mamá, quien se muestra muy cooperadora y con iniciativa, apoya a su hijo constantemente.

SEGUNDA EVALUACIÓN

Con una edad cronológica de 4 años, su edad de desarrollo es de 12 a 17 meses en las áreas: Social, De la vida diaria y Psicomotora; y de 18 a 23 meses en la Cognoscitiva, presentando los siguientes comportamientos característicos:

Se comunica espontáneamente con sustantivos, principalmente de dos sílabas repetidas, usa lenguaje telegráfico. Es capaz de identificar tres objetos familiares contenidos en una caja. Utiliza mucho el “no”, comprende órdenes simples en situaciones familiares y con apoyo del gesto. Hace garabatos espontáneamente (líneas discontinuas). Estando sentado puede girar a ambos lados, de pie, camina sólo con apoyo o de la mano, si pierde el control de su cuerpo cae para atrás sentándose. Demuestra preferencia por una de las manos para golpear objetos, coloca bloques en una caja y los retira.

Los principales avances se presentaron en las áreas: Cognoscitiva y Psicomotora, en las demás se mantuvo en la misma etapa.

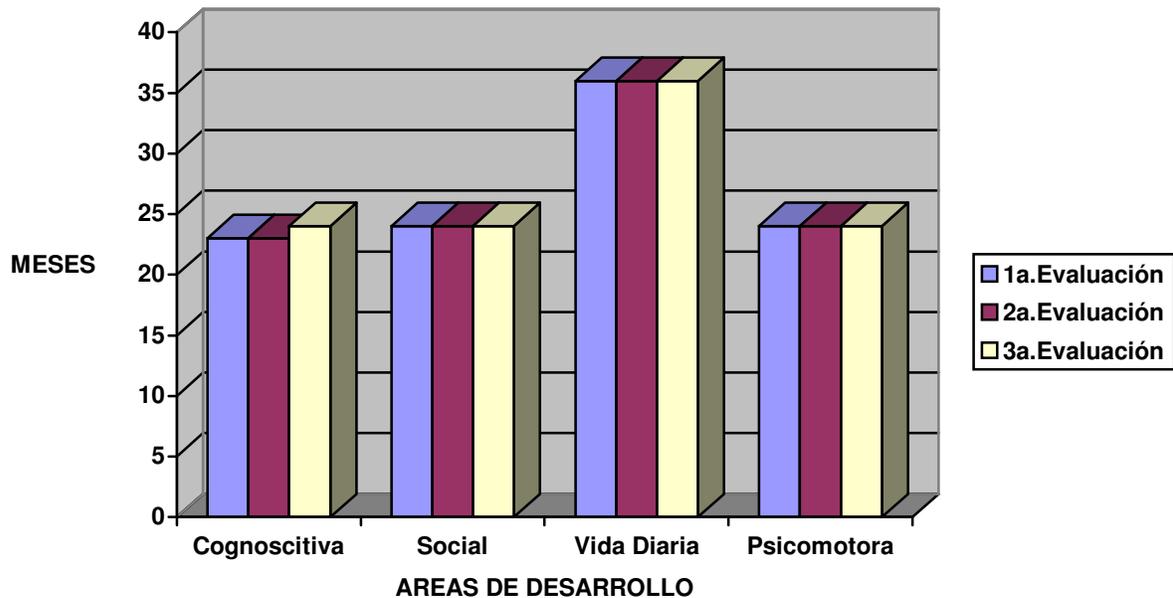
TERCERA EVALUACIÓN

Para la última evaluación tiene 4 ^{4/12} y su desarrollo es de 18 a 23 meses en las áreas: Cognoscitiva, Social y De la vida diaria; y de 12 a 17 en la Psicomotora. Los principales avances obtenidos son los siguientes:

Vocaliza un promedio de diez palabras. Comienza a entender la idea de “mío” y “tuyo”. Reconoce partes de su propio cuerpo señalando lo que se le indica. Puede identificar dos objetos semejantes. Mira atentamente las figuras de un libro y atiende cuando se mencionan sus nombres. Puede ayudar en tareas domésticas alcanzando objetos pedidos, que le sean de fácil acceso. Puede comer solo utilizando la cuchara pero todavía derrama alimento, sostiene un vaso con las dos manos pero al beber se derrama el líquido. Ayuda a lavarse y a secarse. Se desviste con ayuda, se quita calcetines y ropa sencilla. Requiere apoyo para caminar, pero logra dar unos pasos sujetándose de los muebles. En general, su desplazamiento es de rodillas por el suelo hasta alcanzar su objetivo o para jugar con la pelota.

En este período se ha observado su interés por caminar, al dar los primeros pasos sin ayuda en espacios cortos, calculando que puede dar hasta cuatro pasos aunque con dificultad y falta de equilibrio corporal. Se espera que con mayor estimulación se logre iniciar formalmente en la marcha de manera independiente.

Caso 11



Grafica 11.- En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

El menor tiene una edad cronológica de 4 ^{1/12} y su edad de desarrollo en las diferentes áreas es como sigue: De 18 a 23 meses en la Cognoscitiva, de 24 meses (2 años) en la Social y Psicomotora, y de 36 meses (3 años) en el área De la vida diaria. Sus comportamientos característicos son:

Vocaliza en promedio diez palabras. Reconoce partes de su cuerpo. Mira atentamente las figuras de un libro, comprende órdenes simples; hace garabatos espontáneamente, identifica objetos semejantes. Se refiere a sí mismo por su nombre (Dany) su juego es de tipo paralelo. Para comer sostiene la cuchara correctamente, comienza a utilizar el tenedor, puede ir solo al sanitario, necesita ayuda para lavarse los dientes, se pone ropa simple. Se puede mantener de

rodillas y levantarse sin ayuda para caminar, sube y baja escaleras apoyándose en el pasamanos. Construye una torre de 7 cubos, ensarta cuentas usando las dos manos.

Es muy listo e inquieto, necesita supervisión constante y cambiar rápidamente de actividad, se considera que tiene un muy buen pronóstico. Es un niño bien atendido y recibe apoyo y atención adecuada de sus padres.

SEGUNDA EVALUACIÓN

En este período el menor cuenta con 4 ^{5/12} años y su desarrollo se mantuvo en las mismas etapas que en la evaluación anterior, presentando únicamente cambios en el aspecto cualitativo en las cuatro áreas:

Se comunica espontáneamente usando sustantivos principalmente de dos sílabas repetidas, comienza a entender la idea de “mío” y “tuyo”, utiliza el “no” constantemente. Va solo al baño y trata de lavarse las manos al salir. Se desviste solo y rápido. Anda en triciclo con alguna dificultad, corre bien y no se cae; aproxima el pulgar al meñique por imitación, presenta prensión de tipo pinza inferior.

TERCERA EVALUACIÓN

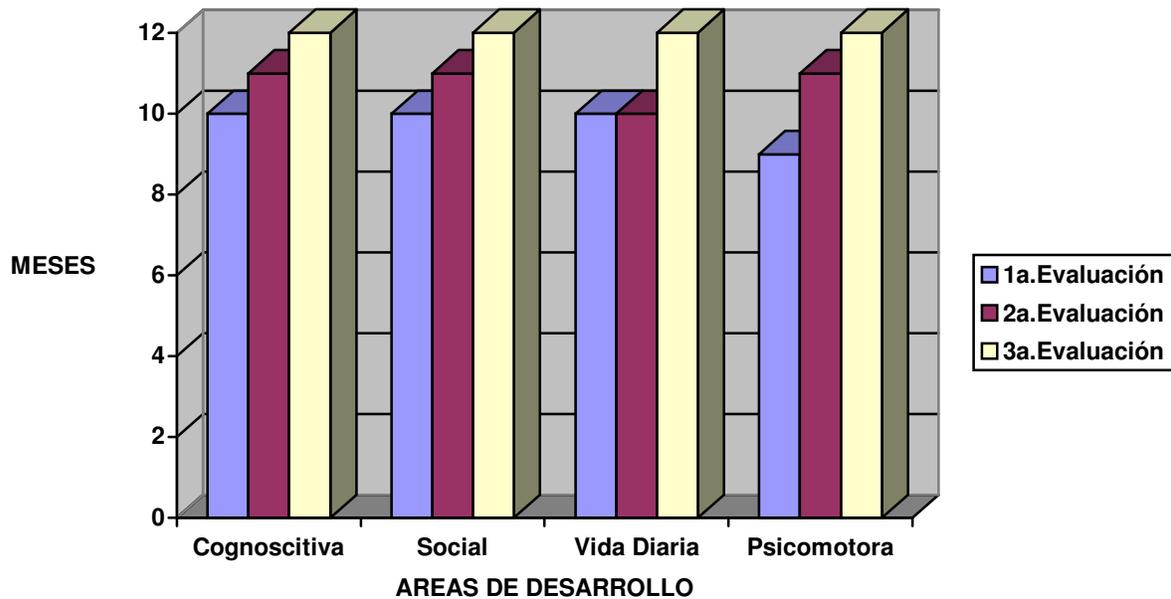
En la última evaluación el pequeño cuenta con 4 ^{9/12} de edad cronológica, alcanzando una edad de desarrollo de 2 años (24 meses) en las áreas: Cognoscitiva, Social y Psicomotora; y de 3 años (36 meses) en el área De la vida diaria. Presentando cambio de etapa únicamente en el área Cognoscitiva y algunos avances cualitativos en los aspectos De la vida diaria:

Identifica algunos objetos por el uso. Es capaz de señalar cuatro o cinco partes del cuerpo en un muñeco o en otra persona. Demuestra capacidad de

asociación juntando objetos por especie, por ejemplo, junta bota y zapato. Percibe el objeto o persona que está faltando en un grupo, Discrimina dos o tres formas diferentes cuando manipula objetos. Después de algunos intentos consigue adaptar encajes en un cuadro de figuras geométricas. Distingue verbalmente funciones urinarias e intestinales. Puede ayudar a disponer la mesa y a recogerla al terminar de comer, se desviste solo, se pone ropas simples, trata de amarrar las agujetas del zapato pero requiere todavía de ayuda. Trata de servir agua de un recipiente en un vaso.

El menor ha tenido avances significativos en todas las áreas, se observa más independiente y sociable y sigue presentando un excelente pronóstico.

Caso 12



Grafica 12.- En la presente grafica, se puede apreciar la edad de desarrollo en meses, a lo largo de las tres evaluaciones en las cuatro áreas estudiadas.

PRIMERA EVALUACIÓN

El menor tiene una edad cronológica de 1^{6/12} y una edad de desarrollo de 10 meses en las áreas: Cognoscitiva, Social y De la vida diaria; y de 9 meses en la Psicomotora. Sus comportamientos característicos son los siguientes:

Presenta ecolalia, repite da-da, ma-ma, etc. Emite una o dos palabras; dice adiós y golpea las palmas. Acerca el índice a un objeto para mostrarlo, vocalizando. Procura atraer la atención sobre sí, observa las personas que pasan. Puede agarrar un panecito con la mano para comerlo. En posición boca abajo, rueda para boca arriba. Sentado, se inclina al frente, regresa a la posición inicial, permanece sentado por más de diez minutos. Presenta extensión simétrica de los miembros inferiores. De pie, se apoya en un barandal. Sacude y golpea un objeto contra otro; coloca objetos dentro de cajas.

Es un bebé muy despierto, se muestra un poco retraído y muy apegado a sus papás, quienes lo estimulan de manera positiva y lo animan a que se integre a las actividades. Se considera que presenta un buen pronóstico.

SEGUNDA EVALUACIÓN

Con una edad cronológica de 1^{10/12} presenta una edad de desarrollo de 11 meses en las áreas: Cognoscitiva, Social y Psicomotora, y de 10 meses en el área De la vida diaria, con los siguientes comportamientos característicos:

Presenta ecolalia; juega solo y emite sonidos como si quisiera hablar. Reacciona cuando lo llaman por su nombre. Sentado o de pie, se vuelve hacia atrás al escuchar ruido. Da un juguete a otra persona. Procura atraer la atención de las personas que pasan. Agarra un panecito con la mano para comerlo. Estando sentado, usa los brazos como apoyo para impedir caer hacia atrás y se puede balancear hacia los lados y hacia delante y hacia atrás.

Se sostiene en pie y vuelve a la posición inicial, permanece de pie apoyado. Camina con ayuda o con apoyo. Puede agarrar objetos dentro de cajas. Sostiene una campana o una sonaja por la punta del mango y sujeta la punta de un cordón para jalar juguetes con ruedas.

En este período se observó al menor más sociable e independiente, busca por sí mismo materiales para manipular; le gusta la música y trata de cantar emitiendo sonidos y moviéndose al ritmo de la música, es inquieto y vivaz. Se considera que la actitud de sus padres ha favorecido su desenvolvimiento ya que juegan con él, le cantan y lo impulsan en cada actividad.

TERCERA EVALUACIÓN

Su edad cronológica es de 2^{2/12} y su desarrollo es de 12 a 17 meses en las cuatro áreas, presentando las siguientes características:

Ríe y grita, usa dos o tres palabras además de ma-ma y da-da. Discrimina sonidos graves, escucha las palabras con más atención. Extiende el brazo y entrega objetos en respuesta a una orden. Responde a palabras inhibitorias. Expresa sentimientos de miedo, afecto, celos, ansiedad, etc. Procura participar del grupo familiar. Trata de apoderarse del juguete de otro niño y reacciona si tratan de quitarle el suyo.

Para comer, solo sostiene el plato y la cuchara, necesitando ayuda para llevar el alimento a la boca. Reconoce si está mojado y se irrita por ello, todavía no controla esfínteres. Permite que le laven y sequen las manos y la cara. Cooperar al vestirlo y desvestirlo extendiendo brazos y piernas. Estando sentado, gira o se tuerce para todos lados. Permanece en pie sin apoyo. Camina torpemente, levantando los brazos para equilibrarse. Camina sin dirección cierta, necesitando la asistencia del adulto o apoyándose en objetos grandes. Al caminar, cuando

siente que va a perder el equilibrio, cae para atrás, sentándose. Coloca bloques en una caja y los retira, sostiene un juguete por el cordón.

Entre los avances más importantes del menor se encuentra el inicio de la marcha de manera independiente y, con ello, el aumento de la curiosidad y deseos de explorar cada sitio, así como la aparición de las primeras palabras.

Una vez revisados en detalle los resultados obtenidos, se presenta a continuación un análisis global de cada uno de los casos.

En el Caso 1, pudimos ver como la niña obtuvo sus mayores avances en las áreas Social y Psicomotora, iniciando ambas con una edad de desarrollo ubicada entre los 12 y 17 meses cuando su edad cronológica era de 2 años 6 meses; para la segunda evaluación las áreas Social y Psicomotora tuvieron una edad de desarrollo de 18 a 23 meses, las áreas Cognoscitiva y Vida Diaria permanecieron en la misma etapa; en la última evaluación las cuatro áreas permanecieron sin cambios.

A pesar de que no se observaron grandes avances en las áreas Cognoscitiva y De la vida diaria, ya que, en el caso de la primera, es la más comprometida debido a su situación de discapacidad intelectual y los cambios que presenta en este nivel son muy lentos, en la segunda, se pudo observar que fue determinante la actitud de la madre, ya que limitaba a la niña para realizar actividades de independencia personal, por lo que estas dos áreas no presentaron avances permaneciendo en la misma etapa de desarrollo en las tres evaluaciones, se considera que los avances cualitativos sirvieron para reafirmar algunos aspectos de la etapa en que se encontraba. En el caso de las áreas Social y Psicomotora, se pudieron vislumbrar mejores resultados, pues son las áreas donde la niña pudo desarrollar mejor sus habilidades de adaptación y socialización al interactuar con niños de su mismo nivel de desarrollo, además en estas áreas no influyó tanto la

actitud sobreprotectora de la madre, destacando el carácter alegre y vivaz de la pequeña.

En el Caso 2 se obtuvieron resultados muy satisfactorios, se trataba de un niño muy despierto y activo, con buena estimulación por parte de la familia, en ocasiones acudían ambos padres a la terapia mostrándose muy comprometidos y entusiastas en el trabajo con su hijo. Se trataba de un bebé de 1 año 8 meses de edad cronológica, cuya edad de desarrollo en la primera evaluación fue de 9 meses en el área Cognoscitiva y de 10 meses en las áreas De la vida diaria, Social y Psicomotora; en la segunda evaluación obtuvo una edad de desarrollo de 11 meses en el área Cognoscitiva, y De la vida diaria; y Social, y de 12 a 17 meses en la Psicomotora; para la tercera evaluación logró equilibrar su edad de desarrollo ubicándose entre los 12 y 17 meses en las cuatro áreas.

En este caso pudo corroborarse la importancia de contar con un ambiente rico en estímulos tanto físicos como sociales y afectivos, ya que toda la familia se involucró en el trabajo con el menor logrando avances significativos de una etapa a otra de su desarrollo, logrando un buen pronóstico de acuerdo a la actitud positiva, abierta y estimulante de la familia hacia el niño.

En el caso 3 se trataba de un bebé de 1 año 3 meses de edad cronológica, con una actitud pasiva, sus padres acudían a terapia con él, mostrándose muy condescendientes, comentando que no hacía las cosas que se le pedían porque no podía y no le exigían el menor esfuerzo. Cuando se lograba motivar al niño a participar en la actividad, se podía observar que contaba con muchas habilidades que era necesario favorecer.

En la primera evaluación obtiene una edad de desarrollo de 10 meses en las áreas Psicomotora y De la vida diaria; y de 11 meses en la Cognoscitiva y Social; manteniéndose en la misma etapa de desarrollo para la segunda y tercera evaluación en las cuatro áreas. No hubo cambios considerables en cuanto a edad

de desarrollo, puesto que el menor no contaba con un ambiente favorecedor, pues aunque sus padres eran muy afectuosos con él, cayeron en la sobreprotección total y no le brindaron mayores oportunidades para desenvolverse, en las sesiones de terapia fue mínima su participación a pesar de que veían que el niño lograba motivarse ocasionalmente con las actividades. Sin embargo, se considera que dentro de la misma etapa, el niño logró consolidar algunas conductas y habilidades, obteniendo buenos resultados en el aspecto cualitativo únicamente.

Aquí se pudo observar cómo la carencia de estímulos puede limitar el desarrollo de un niño, puesto que no basta con el afecto que se le tenga si se manifiesta de manera errónea.

En el caso 4 se trató de una niña de 3 años 8 meses de edad cronológica de carácter tranquilo pero que demostraba tener muchas habilidades, su mamá asistió con ella a las terapias estimulándola y apoyándola en todas las actividades, incluso se mostraba un tanto obsesiva y tendía a ser muy exigente con su hija, comentaba que en casa realizaba las mismas actividades o similares para que la niña avanzara más.

La niña obtuvo avances significativos en las cuatro áreas; el área Cognoscitiva presentó su mayor ejecución de la primera a la segunda etapa alcanzando una edad de desarrollo de 19 a 23 meses, las áreas Social, De la vida diaria y Psicomotora llegaron a los dos años en desarrollo, lo que una vez más se relaciona con su situación de discapacidad intelectual.

En general, puede concluirse, en este caso que la menor contó con los elementos necesarios para favorecer su aprendizaje y con él su desarrollo de manera integral, aunado a la aplicación de los programas de intervención, contó con un ambiente familiar y social estimulante y positivo.

En el caso 5 tuvimos a un pequeño de 3 años 2 meses de edad cronológica, y una edad de desarrollo en la primera evaluación de 12 a 17 meses en las áreas Cognoscitiva, Social, y De la vida diaria, y de 18 a 23 meses en la Psicomotora. El menor asiste con su mamá a la terapia y ella se muestra afectuosa con el niño, lo apoya y alienta en todo momento. El menor presento avances importantes de la primera a la segunda evaluación, en la primera el área con mejor desarrollo fue la Psicomotora, para la segunda evaluación las cuatro áreas se ubicaron en el mismo nivel y para la última evaluación presentó mayores avances en las áreas Psicomotora y De la vida diaria, en las cuales logró alcanzar una edad de desarrollo de 24 meses, las demás permanecieron en la etapa de 18 a 23 meses.

En este caso se considera que los avances obtenidos se debieron a múltiples factores, entre ellos las propias características del niño, ya que siempre fue muy tranquilo, alegre, entusiasta y participaba con agrado en todas las actividades, también es necesario retomar el papel de la madre que fue muy favorable para el desarrollo del niño, así como de los demás miembros de la familia.

En el caso 6 se trató de una niña de 3 años de edad cronológica, con una edad de desarrollo inicial de 18 a 23 meses en las cuatro áreas. Se trataba de una niña muy alegre y accesible, se esforzaba por realizar de la mejor manera las actividades, contando siempre con el apoyo de su mamá quien se mostraba muy interesada y entusiasta en participar con la niña, alegrándose de cada uno de los logros que presentaba. Como puede observarse en los resultados, la menor tuvo un desarrollo equitativo en las cuatro áreas, para la segunda evaluación el área Cognoscitiva permaneció en la misma etapa de desarrollo, mostrando únicamente avances de tipo cualitativo, las demás áreas avanzaron a la siguiente etapa de 24 meses de desarrollo y en la última evaluación las cuatro áreas se ubicaron en este nivel.

En este caso pudieron verse muchos cambios sobre todo en el aspecto cualitativo, la niña se desenvolvió en las cuatro áreas de manera satisfactoria, de

acuerdo a sus posibilidades. El carácter de la menor fue muy importante ya que siempre se mostró positiva y optimista presentando tolerancia a la frustración y respondiendo a la estimulación tanto física como social de la maestra, compañeros, de las demás madres de familia y de su mamá, quien, a pesar de no mostrarse muy afectuosa con la niña en un principio, esta actitud fue cambiando a lo largo del tratamiento y en la última etapa ya le daba muestras de afecto, como caricias, palabras de cariño y de aliento, considerándose éste un elemento muy importante para mejor desenvolvimiento de la niña.

En el caso 7 se trabajó con un bebé de 1 año 6 meses de edad cronológica, cuya edad de desarrollo para la primera evaluación fue de 9 meses en las áreas Cognoscitiva, Social, y De la vida diaria; y de 7 meses en la Psicomotora. Para la segunda evaluación su edad de desarrollo era de 10 meses en las áreas Social, y De la vida diaria; las áreas Psicomotora y Cognoscitiva permanecieron en la misma etapa. En la última evaluación el área Psicomotora se igualó con la Cognoscitiva en 9 meses; De la vida diaria permaneció en 10 meses y la social avanzó hasta los 11 meses.

Los cambios que presentó el menor fueron muy lentos y por sus características se consideran más cualitativos, cabe mencionar que esto fue consecuencia del ambiente en el que se encuentra inmerso y de sus propias características físicas, ya que se trataba de un bebé con sobrepeso, que se le dificultaba la actividad motora, no estaba acostumbrado a esforzarse mínimamente por conseguir algo pues estaba muy sobreprotegido y no se le permitía hacer nada. Vivía entre adultos quienes lo consentían mucho, lo acariciaban, etc. Pero no le daban la estimulación necesaria, el pequeño permanecía dentro de su cuna en casa y, mientras sus padres trabajaban acudía a una guardería en la que lo mantenían también en un solo lugar ya que, le comentaban a la madre que no estaba al nivel de los demás niños de su edad. Sin embargo, a lo largo del tratamiento se pudo concluir que tenía un buen pronóstico si se le daba la estimulación y atención necesaria.

En el caso 8 se trabajó con un bebé de 10 meses de edad cronológica, con una edad de desarrollo de 9 meses en las cuatro áreas. En la segunda evaluación obtuvo 10 meses de desarrollo en las áreas Psicomotora y De la vida diaria; de 11 meses en la Cognoscitiva y de 12 en la Social. Para la tercera evaluación el área De la vida diaria avanzó a los 11 meses de desarrollo y las demás permanecieron igual. Aquí se pudieron observar cambios significativos de la primera a la segunda evaluación, se considera que fue muy favorable la actitud de sus padres quienes todo el tiempo se mostraron muy entusiastas, estimulando positivamente a su hijo y exigiéndole de acuerdo a sus capacidades, con muestras de afecto y sin caer en la sobreprotección. Una vez más se pudo corroborar que dando al niño todas las oportunidades de desenvolverse , puede favorecerse su aprendizaje y su desarrollo, en este caso el área con mayores avances fue la Social, observándose al menor seguro de sí mismo, alegre y espontáneo.

En el caso 9 se trató de una niña de 3 años 10 meses de edad cronológica y una edad de desarrollo ubicada entre los 18 y 23 meses en las cuatro áreas, tras algunas dificultades de adaptación, se logró avanzar en las áreas Cognoscitiva y Social, obteniendo en éstas 2 años de desarrollo para la segunda evaluación. En la tercera evaluación logró ubicarse en los 2 años en las cuatro áreas.

Los avances con la menor fueron más lentos en las áreas Psicomotora y De la vida diaria, debido a que hubo mucha sobreprotección por parte de la familia, sobre todo por la madre, quien acudía con ella a las terapias, mostrándose muy permisiva y consentidora. En el área Cognoscitiva se pudieron ver logros ya que la niña mostraba interés por las actividades y tenía buena capacidad de comprensión y retención, en lo social fueron mayores los avances ya que en un principio tendía a aislarse y no aceptaba el contacto físico y a medida que convivía con los demás niños fue aceptando poco a poco el contacto visual y físico; se considera que en la menor tiene un buen pronóstico siempre que se le de la estimulación necesaria para desenvolverse en las cuatro áreas, tomando en cuenta sus capacidades.

En el caso 10 se trabajó con un niño de 3 años 8 meses de edad cronológica, cuyo desarrollo se veía más afectado en el aspecto psicomotor debido a su problema neuromotor, siendo en esta área su desarrollo de 11 meses y en las áreas Cognoscitiva, Social y De la vida diaria se ubicaba entre los 12 y 17 meses. En la segunda evaluación presentó avances en el área Cognoscitiva, ubicándose entre los 18 y 23 meses, y en la Psicomotora llegó a la etapa de 12 a 17 meses. En la tercera evaluación estas dos áreas permanecieron iguales y la Social y De la vida diaria avanzaron a la siguiente etapa, de 18 a 23 meses.

El menor siempre tuvo una actitud positiva, se mostraba alegre y accesible, a pesar de su limitación motora trataba de integrarse a las actividades grupales, contando siempre con el apoyo de su mamá quien lo alentaba continuamente con entusiasmo e iniciativa. A pesar de que en el aspecto psicomotor había un retraso más significativo en relación a las otras áreas, fue en esta área donde se observaron más avances de tipo cualitativo.

En el caso 11 se pudo observar que el área donde se observaron cambios más significativos fue la Cognoscitiva, ya que inició con una edad de desarrollo de 18 a 23 meses y terminó en 24 meses. Las demás áreas se mantuvieron en la misma etapa en las tres evaluaciones, siendo el área De la vida diaria la más alta, donde se mostró menor desfase respecto a su edad cronológica que era de 4 años.

En este caso se considera que el menor tenía potencialidades que no habían sido favorecidas y que la aplicación del programa de intervención temprana, sobre todo en el aspecto cognitivo fue determinante para su desarrollo, lo que aunado a la participación entusiasta de la familia, ayudaron al niño.

El caso 12 correspondió a un niño de 1 año 6 meses de edad cronológica con un desarrollo de 10 meses en las áreas Cognoscitiva, Social y De la vida

diaria; y de 9 meses en la Psicomotora. Quien mostró avances a lo largo de las tres evaluaciones, llegando a obtener un desarrollo ubicado entre 12 y 17 meses en las cuatro áreas.

Desde el inicio del tratamiento se observó que el menor tenía muy buen pronóstico, ya que además de ser muy despierto, contaba con el entusiasmo y apoyo constante de sus padres, quienes acudían juntos a la terapia y se integraban con agrado a todas las actividades conviviendo con todos los niños y animando a su hijo a integrarse al grupo y festejaban cada uno de los avances que presentaba y pedían sugerencias para trabajar en casa. Esta actitud fue muy importante para que el programa diera buenos resultados.

CONCLUSIONES

El presente trabajo muestra el aspecto teórico en relación al tema del desarrollo infantil, aquí se han podido revisar brevemente las principales posturas como son la orientación estímulo-respuesta, la orientación cognoscitiva-interaccionista, la orientación psicosexual-interaccionista, y la orientación maduracionista. Todas ellas abordan el desarrollo infantil desde diferentes puntos de vista, sin embargo, la educación en nuestro país se ha fundamentado en la teoría psicogenética de Piaget, quien asume el desarrollo infantil a lo largo de cuatro etapas, considerando al niño un ser activo capaz de construir su propio aprendizaje mediante la interacción con su medio, por lo que en este trabajo se toma como marco de referencia para fundamentar la intervención mediante programas de intervención temprana que contemplan el paso de los niños por diferentes etapas en su desarrollo, en la presente investigación se considera únicamente la etapa sensoriomotora de acuerdo a la edad de desarrollo de los menores sujetos de estudio.

Por otra parte, se aborda el tema de la intervención temprana como medio de prevención a nivel secundario, esto es, cuando ya se ha determinado un factor de riesgo, o bien, cuando ya se diagnosticó algún tipo de discapacidad en el niño y se busca entonces darle tratamiento para evitar un daño potencial en su desarrollo posterior. Con este objeto se aplicaron programas individuales que contemplaron las principales áreas de desarrollo: Cognoscitiva, Social, De la vida diaria, y Psicomotora, involucrando a los padres en el tratamiento puesto que, siguiendo los preceptos de esta teoría el ambiente es un factor determinante en cuanto a las oportunidades que reciba el menor para construir su propio aprendizaje y lograr un mejor desarrollo de sus habilidades, en este caso se considera de gran importancia el papel que juega la familia.

Pudieron observarse en el presente estudio diferencias significativas entre los avances presentados en niños que contaron con el apoyo de unos padres

activos y estimulantes y los pequeños que tuvieron unos padres más permisivos y sobreprotectores, en los que la aplicación de los programas de intervención temprana se reducía al espacio escolar donde se aplicaron de manera objetiva y se trató de favorecer la participación activa de los menores.

Los resultados demuestran que, en general, los 12 sujetos presentaron cambios a lo largo del tratamiento, manifestándose algunas veces de forma cualitativa sin dejar de constituir un avance en su desarrollo.

Cabe mencionar que en el caso de los padres de familia participantes también se observaron cambios a nivel cualitativo, en cuanto a la actitud hacia sus hijos, el manejo de su situación y, en algunos de los casos mejorando la relación con ellos, pues se considera que al compartir los espacios de trabajo y al tener una convivencia más cercana, se incrementaron los lazos afectivos entre ambas partes, además de concebirse a sí mismos como principales agentes de estimulación y por ende, una pieza fundamental en el desarrollo integral de los niños.

Un aspecto muy importante a tomar en cuenta para un mayor éxito de los programas de intervención temprana, es la edad en que debe iniciarse el trabajo con los menores. La prevención secundaria que se pretende lograr, tendría mejores resultados cuanto más pronto se inicie la intervención, ésto es, en cuanto se identifica alguna situación que comprometa su desarrollo en términos normales. Por lo que se sugiere someterlos a una valoración a una temprana edad, para determinar el tipo de apoyo que requiere e iniciar la estimulación de inmediato, involucrando de manera activa a los padres de familia para obtener mejores resultados.

En general, se puede concluir que la implementación de los programas de intervención temprana a menores diagnosticados como de riesgo o que presentan algún tipo de discapacidad es un medio eficaz para ayudar a los niños a avanzar

de una a otra etapa del desarrollo, tal como lo plantea Piaget en su teoría cognoscitiva, disminuyendo en el mejor de los casos el desfase existente entre su edad cronológica y su edad de desarrollo, al mismo tiempo que se pueden prevenir daños potenciales, causados por su situación de discapacidad intelectual, que la mayoría de los niños sujetos de estudio comparten, y por la falta de estimulación debido a un ambiente físico y social pobre en oportunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, Thomas M. (1981). Investigaciones en Psicología del desarrollo. Conceptos, estrategias y métodos. Ed. Manual Moderno, México. Pág.21-55
- Ausubel, David P. (1997). El desarrollo infantil. 1. Teorías. Los comienzos del desarrollo. Piados, México.
- Bricker, Diane d. (1991). Educación temprana de niños en riesgo y disminuidos. De la primera infancia a preescolar. Trillas, México.
- Cabrera, M. c. (1980). La estimulación precoz: un enfoque práctico. Pablo del Río Editor, Madrid
- Caldwell, Bettye M. (1996). Educación de niños incapacitados. Trillas, México.
- Carretero, Mario (1993). Constructivismo y educación. Ed. Luis Vives, Argentina.
- Carrillo, Martín. ((1981). Tratamiento motor del niño con daño cerebral. Programa Regional de estimulación Temprana de UNICEF, México.
- Coll, César y Cols. (1998). Piaget en la educación. Debate en torno a sus aportaciones. Piados Educador y Centro de estudios sobre la Universidad, UNAM, México.
- Coronado, Guillermo. (1984). Tratado sobre Clínica de la Deficiencia Mental. Compañía Editorial Continental, S. A., México.

- Cruickshank, William M. (1997). El niño con daño cerebral: en la escuela, en el hogar y en la comunidad. Trillas, México.
- Currículum de Estimulación Precoz (1981) UNICEF.
- Curso Nacional de Integración Educativa. Lecturas. (2000). SEP, México.
- Del Río, Norma. (1991). Intervención Temprana. Dinámica Teórico-metodológica de un modelo de atención a la salud. Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Diccionario Enciclopédico de Educación Especial. (1989). Ed. Aguilar, México.
- Evans, Ellis D. (1997). Educación infantil temprana. Trillas, México.
- Gassier, Jacqueline (1983). Manual del desarrollo psicomotor del niño. Masson S. A., Barcelona.
- Gesell, Arnold. (1985). Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño. Editorial Paidós, México.
- Guía de Estimulación Motora Temprana. UNICEF, México.
- Guía para la Intervención Temprana.. (1984) SEP., México.
- Heese, Gerhard (1986). La estimulación temprana en el niño discapacitado. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Instituto Panameño de Rehabilitación Especial (1988). Currículum de estimulación precoz. UNICEF. Procep, México.

- Labinowicz, Ed. (1990). Introducción a Piaget. Addison-Wesley Iberoamericana, México.
- Levy, Janine. (1993). El bebé con discapacidades. Paidós, México.
- Matas, Susana y Cols. (1994). Estimulación temprana. De 0 a 36 meses. Favoreciendo al desarrollo. Ed. Humanitas, Buenos Aires
- Naranjo, Carmen (1981).Algunas Lecturas y Trabajos sobre Estimulación Temprana. UNICEF, México.
- Naranjo, Carmen. (1982). Mi niño de 0 a 6 años. Programa de estimulación precoz para Centro América y Panamá. UNICEF. Ed. Piedra Santa, Guatemala.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke. La Parálisis Cerebral: Esperanza a través de la Investigación. Artículo publicado el 15 de octubre de 2002. www.ninds.nih.gov
- Perinat Adolfo (1998). Psicoogía del desarrollo. Un enfoque sistémico. EDIVOC, Barcelona.pág. 29-36.
- Piaget, Jean. (1987). Desarrollo y Aprendizaje. En: Psicología Genética y Educación. S.E.P.,México.
- Piaget, Jean (1985). El nacimiento de la inteligencia en el niño. Ed. Crítica. Grijalbo, Barcelona.
- Piaget, Jean. (1986). La epistemología genética. Ed. Debate, Madrid.

- Programa Regional de estimulación Temprana. Zona Indígena. (1981) SEP. UNICEF, México.
- Rondal, Jean A. (1997). Educación y hacer hablar al niño Down: una guía al servicio de padres y profesores. Trillas, México.
- Stevens Jr., Joseph H. (1997). Administración de programas de educación temprana y preescolar. Trillas, México.
- Ulbricht, Wolfgang. (1987). Neurología Pediátrica. Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Vidales, Ismael. (1997). Psicología y educación. En: Mi Castillo básico 1. Ed. Castillo, México. Pág. 9-22
- Zimbardo, Philip G. (1986). El desarrollo como base de la conducta. En Psicología y vida. Ed. Trillas, México.